

Quartalschrift für Medizinische Anthropologie und Bioethik

Band 22 · Heft 2 · 2015

ISSN 1021-9803

Preis: € 10

Imago Hominis

**Die Sprache des
Schmerzes verstehen II**

**Understanding the
Language of Pain II**

IMABE

Imago Hominis

Herausgeber

Johannes Bonelli
Friedrich Kummer
Enrique Prat

Schriftleitung

Susanne Kummer

Wissenschaftlicher Beirat

Klaus Abbrederis (Innere Medizin, Dornbirn)
Astrid Chirari (Anästhesiologie & Intensivmedizin, Wien)
Robert Dudczak (Nuklearmedizin, Wien)
Gabriela Eisenring (Privatrecht, Zürich)
Titus Gaudernak (Unfallchirurgie, Wien)
Andreas Gruber (Neurochirurgie, Wien)
Thomas Sören Hoffmann (Philosophie, Hagen)
Lukas Kenner (Pathologie, Wien)
Reinhold Knoll (Soziologie, Wien)
Reinhard Lenzofer (Innere Medizin, Schwarzach)
Wolfgang Markt (Physiologie, Wien)
Christian Noe (Medizinische Chemie, Wien)
Hildegunde Piza (Plastische Chirurgie, Wien)
Kurt Schmoller (Strafrecht, Salzburg)

IMABE

IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik wurde 1988 als unabhängige wissenschaftliche Einrichtung in Wien gegründet, zeitgleich mit anderen wichtigen medizinethischen Instituten im deutschen Sprachraum. Die Österreichische Bischofskonferenz übernahm 1990 die Patronanz. Von seiner Gründungsidee her arbeitet das Institut interdisziplinär, berufsübergreifend und fördert den Dialog von Medizin und Ethik in Forschung und Praxis auf Grundlage des christlich-humanistischen Menschenbildes.

Editorial	83	
Aus aktuellem Anlass	86	Enrique H. Prat E-Zigarette und Nichtraucherchutz in Österreich
Schwerpunkt	93	Marcus Schiltewolf Entmedikalisierung: die Lebensgeschichte hinter dem Schmerz
	103	Clemens Sedmak Zur Utopie oder Dystopie einer schmerzfreien Gesellschaft
	113	Claudia Bozzaro Eine Phänomenologie des Schmerzes
Freies Thema	123	Monika Feuchtnr, Marion Stoll Kommunikation und Ethik im Pflegeheim: eine qualitative Erhebung
Nachrichten	133	
Zeitschriftenspiegel	136	
Buchbesprechungen	138	

Herausgeber:

Univ.-Prof. Dr. Johannes Bonelli,
Univ.-Prof. Dr. Friedrich Kummer, Prof. Dr. Enrique H. Prat

Medieninhaber und Verleger:

IMABE · Institut für medizinische Anthropologie und
Bioethik, Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien,
T +43-1-715 35 92 · F +43-1-715 35 92-4
eMail: postbox@imabe.org · <http://www.imabe.org/>

DVR-Nr.: 0029874(017), ISSN: 1021-9803

Schriftleitung: Mag. Susanne Kummer

Anschrift der Redaktion ist zugleich Anschrift des
Herausgebers.

Grundlegende Richtung: Imago Hominis ist eine ethisch-
medizinische, wissenschaftliche Zeitschrift, in der aktuelle
ethisch relevante Themen der medizinischen Forschung
und Praxis behandelt werden.

Layout: QARANTE, Schloßgasse 13, A-1050 Wien

Satz, Grafik und Produktion: Mag. Monika Feuchtnr

Herstellung: Buchdruckerei E. Becvar GmbH,
Lichtgasse 10, A-1150 Wien

Anzeigenkontakt: Mag. Monika Feuchtnr

Einzelpreis: € 10,- zzgl. Versand
Jahresabonnement: Inland € 35, Ausland € 40,
Studentenabo € 20, Förderabo € 80
Abo-Service: Mag. Monika Feuchtnr

Bankverbindung:

UniCredit Bank Austria AG, BLZ 11000, Kto. Nr. 09553988800
IBAN: AT67 1100 0095 5398 8800, BIC: BKAUATWW

Erscheinungsweise: vierteljährlich, Erscheinungsort: Wien

Leserbriefe senden Sie bitte an den Herausgeber.

Einladung und Hinweise für Autoren:

IMABE lädt zur Einsendung von Artikeln ein, die Themen
der medizinischen Anthropologie und Bioethik behandeln.
Bitte senden Sie Ihre Manuskripte an die Herausgeber. Die
einlangenden Beiträge werden dann von unabhängigen
Sachexperten begutachtet.

Redaktionsschluss: 15. Juni 2015

Diese Ausgabe wird unterstützt von:



Sponsoren haben keinen Einfluss auf den Inhalt des
Heftes.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die
gleichzeitige Verwendung männlicher und weib-
licher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Perso-
nenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

Schmerz ist nicht gleich Schmerz. Akute Schmerzen sind wichtige Warnsignale des Körpers, sie machen uns in der Regel darauf aufmerksam, dass irgendwo im Körper etwas nicht stimmt und zwingen uns zu einer Verhaltensänderung. Sobald die auslösende Ursache geheilt und beseitigt worden ist, klingen solche akut auftretenden Schmerzen meist von selbst ab. Chronische Schmerzen hingegen haben ihre biologische Warnfunktion verloren, der Schmerz hat sich verselbständigt, Begleiterkrankungen kommen ins Spiel. Diese Schmerzen lassen sich häufig nicht mehr einer eigentlichen Ursache zuordnen. Leidgeplagte Patienten landen nach durchschnittlich mehr als zweijährigen Patientenpfaden beim Arzt und sind dann zu fast allem bereit: „Herr Doktor, Sie sind meine letzte Hoffnung!“ Doch wie reagiert die Medizin auf dieses wachsende Heer chronisch leidender Menschen? Betreiben wir immer noch eine *Medizin des Schmerzes* oder sind wir reif für Umdenken in Richtung einer *Medizin der Schmerzen*, die den Patienten in seiner Ganzheit in den Blick nimmt?

„Die Sprache des Schmerzes verstehen“ lautete das am 5. Dezember 2014 von IMABE • Institut für medizinische Anthropologie und Bioethik gemeinsam mit der Allgemeinen Unfallversicherungsanstalt, dem Hauptverband der österreichischen Sozialversicherungsträger und der Österreichischen Ärztekammer veranstaltete Symposium. Die Zeit ist reif für ein Umdenken: Das jedenfalls zeigte das große Interesse an der interdisziplinären Tagung und die Diskussion, die deutlich machte, dass wir uns wohl erst am Anfang eines hoffentlich nachhaltigen Prozesses befinden.

Der Schmerz, sagt der Heidelberger Orthopäde Marcus Schiltenwolf, gilt heute als „Kampfzone“ in der Medizin und „Panne“, während die Mediziner die Rolle als technische „Reparateure“ eingenommen hätten. Das stille Leiden am Schmerz habe in der Gesellschaft gleichermaßen zugenommen wie der Verbrauch von starken Schmerzmitteln und die Zahl der Operationen. „Wir handeln nicht zu wenig, sondern zu viel oder fehlerhaft“, meint Schiltenwolf selbstkritisch. Gleichzeitig spricht er von einer „Zufriedenheitsfalle“, in der sich Schmerzpatienten und Ärzte in ihrem beiderseitigen Vertrauen auf die Technik

gleichermaßen befänden: Der Patient wünsche ein Röntgenbild zur Abklärung und fühle sich dabei erwiesenermaßen zufriedener, was in Folge auch den Arzt zufriedener mache. „Geheilt ist der Patient dadurch aber nicht, sondern er kommt immer wieder, da ihm nicht geholfen ist“, so der Leiter der Schmerztherapie am Universitätsklinikum Heidelberg.

Damit verführe die Medizin den Patienten und drohe zum „falschen Ort der Suche nach Gemeinschaft und Seelsorge“ zu werden. Fatal dabei sei, dass das Gesundheitssystem bloß Anreize zu weiterer Technisierung liefere. „Viele Beschwerden und Schmerzen sind 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 Schiltenwolf. „Hier muss jeder Arzt selbst interdisziplinär denken.“

„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. Sie forderte mehr Wahrhaftigkeit im Patientengespräch. Ärzte dürften einem Patienten nicht suggerieren, man könne ihn von jedwedem Schmerz befreien, „aber wir können gemeinsam einen Weg gehen“. Überzogenen Erwartungen müsse man entgegentreten: „Wir müssen auch Patienten, die eine hohe Bereitschaft für eine invasive Therapie haben, vor sich selber schützen“, so Chiari. Die Zukunft sieht sie im 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.

Psychische Komponenten spielen in der Schmerzwahrnehmung und Schmerzverarbeitung eine entscheidende Rolle, erklärt Psychiater Michael Bach, Leiter von pro mente Reha Salzburg. Körper und Seele seien in der Ursachenforschung des Schmerzes nicht zu trennen. Das werde in Fachkreisen immer mehr anerkannt. Ebenso, dass sogenannter „sozialer Schmerz“ – z. B. Zurückweisung oder Mobbing – im Gehirn praktisch idente Schmerzen wie ein Schmerz durch körperliche Ursachen auslösen kann. Denn: „Schmerz- und Emotionsverarbeitung hängen zusammen.“

Heute weiß man, dass für das „Aufschaukeln“ der Empfindlichkeit des Schmerzsystems neben genetischen Veranlagungen

vor allem psycho-soziale Faktoren eine Rolle spielen, d. h. dass psychische Faktoren einen Einfluss darauf haben, ob und wie stark sich eine Schmerzerkrankung ausbildet. Die Lebensgeschichte des Patienten bietet einen wesentlichen Teil für das Verständnis ihrer Erkrankung. Zu einer optimalen Schmerzabklärung gehöre deshalb auch die Fähigkeit, den Schmerz auch als 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.

Für Rudolf Likar, Vorstand der Abteilung für Anästhesie und allgemeine Intensivmedizin des Klinikums Klagenfurt, bedeutet Palliativmedizin mehr als bloße Symptomkontrolle: „Schmerz wird zum Ausdruck des Alleinseins und der Hilflosigkeit, wenn wir die Abhängigkeit von anderen erfahren.“ Menschen suchen im Leid auch Antwort auf die Frage ihres Lebenssinns. Intensive Beziehungen, Übertragen von Aufgaben und das Eingehen auf spirituelle Bedürfnisse sind in dieser Phase wichtig.

Da Schmerz an die Verwundbarkeit des Menschen erinnert und Fürsorge-Verhalten auslöst, habe die „Utopie einer schmerzfreien Welt“ hohe moralische Kosten, warnt der Philosoph und Sozialethiker Clemens Sedmak (Universität Salzburg). Wo das Fürsorgeverhalten wegfällt, würden auch hohe moralische Kompetenzen verloren gehen. Sedmak appelliert 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 und lehren, mit Schmerzen zu leben: „Da Schmerz unvermeidbar zum Leben gehört, sollte der Leib auch guter Gastgeber für ihn sein.“

Die Philosophin Claudio Bozzaro (Universität Freiburg) bereichert den vorliegenden zweiten Tagungsband mit einer Phänomenologie des Schmerzes im Hinblick auf vier Dimensionen menschlicher Existenz: Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Intersubjektivität und Selbsterleben. Die Politikwissenschaftlerin Monika Feuchtner (IMABE) und Marion Stoll (Onkologie, Barmherzige Brüder Wien) präsentieren die Auswertung ihrer Erhebungen zur Kommunikation und Ethik in Pflegeheimen.

S. Kummer

Enrique H. Prat

E-Zigarette und Nichtraucherenschutz in Österreich

E-cigarettes and non-smokers' protection in Austria

1. Ein neuer Änderungsentwurf des Tabakgesetzes

Die Österreichische Bundesregierung hat sich auf eine Änderung des Tabakgesetzes geeinigt und dem Parlament am 10. Juni 2015 einen Entwurf vorgelegt, der mit geringfügigen Änderungen bis Ende Juli verabschiedet werden soll.

Mit den vorgeschlagenen Änderungen des Tabakgesetzes sollen im Wesentlichen drei Maßnahmen getroffen werden:

1. Die Einführung eines umfassenden Nichtraucherinnen- und Nichtraucher-schutzes in der Gastronomie, ohne die Möglichkeit zur Einrichtung eines Raucherraums, die das geltende Gesetz vorsieht.
2. Ausdehnung des Geltungsbereiches des Tabakgesetzes auf die Verwendung von Wasserpfeifen und verwandten Erzeugnissen, insbesondere auf die stark expandierenden E-Zigaretten. Neben den klassischen Tabakerzeugnissen wird auch die Verwendung dieser anderen Erzeugnisse in von Rauchverboten erfassten Bereichen verboten.
3. Einführung einer steuerlichen Nichtraucher-schutz-Prämie. Gastronomiebetriebe, die bis zum 1. Juli 2016 die neue Rechtslage (umfassender Nichtraucherinnen- und Nichtraucher-schutz) umsetzen, haben die Möglichkeit, von der steuerlichen Nichtraucher-schutz-Prämie zu profitieren. Außerdem wird auch eine Prämie vorgesehen für Investitionsmaßnahmen, die entsprechend dem geltenden Tabakgesetz, insbesondere für die räumliche Trennung von Nichtraucher- und Raucherbereich, vorgenommen wurden.

Die erste Maßnahme war zu erwarten, weil

längst fällig. Österreich ist im internationalen Vergleich in der Frage des Nichtraucher-schutzes sehr zögerlich vorgegangen. Nun zieht die Gesetzgebung mit den meisten europäischen Ländern mit und setzt die bestehenden EU-Richtlinien um. Im Begutachtungsverfahren forderte eine Initiative, der sich 48 Institutionen angeschlossen haben, weitere Anpassungen.¹

Die dritte Maßnahme ist ein Gebot der Gerechtigkeit. Seit 1. Juli 2010 verpflichtete das Tabakgesetz die Gastronomielokale mit einer Fläche über 50 m² zur Trennung von Raucher- und Nichtraucherbereich, was mit beträchtlichen Investitionen von Seiten der Gastronomiebetriebe verbunden war. Der Entwurf sieht eine Vergütung der nunmehr überflüssig gewordenen Investitionen vor.

Ganz neu ist allerdings die zweite Maßnahme, d. h. die Ausdehnung des Geltungsbereiches des Tabakgesetzes auf die Verwendung der Wasserpfeife und verwandter Erzeugnisse. Die Wasserpfeifen sind keine Neuigkeit. Es gibt zwei Arten, die Shisha, arabischen Ursprungs, und die Bong, ein traditionelles asiatisches Rauchgerät. Die erste ist ein Gefäß mit Schlauch, in dem meistens mit speziellem Tabak geraucht wird. In der Bong, ohne Schlauch d. h. mit Mundstück, werden meistens Cannabis, Cannabis-Tabak-Mischungen oder auch andere Drogen und auch einfach nur Tabak geraucht. Die Schädlichkeit der Wasserpfeife für die Gesundheit ist derzeit unumstritten.

Der Gesetzentwurf erwähnt unter den mit der Wasserpfeife verwandten Erzeugnissen ausdrücklich die elektronische Zigarette. Es wurde Kritik am Gesetz geäußert, weil E-Zigaretten eigentlich mit Tabak nichts zu tun haben, höchstens nur indirekt, weil meistens auch flüssiges Nikotin verwendet

wird. Und darüber hinaus ist die Schädlichkeit der E-Zigaretten von Experten in Frage gestellt worden.²

2. Die E-Zigarette: Inhaltsstoffe und Wirkungsweise

Bei der E-Zigarette wird im Gegensatz zur herkömmlichen Zigarette nichts verbrannt und kein Tabak verwendet, sondern aus einer speziellen Flüssigkeit (Liquid genannt) durch eine elektrisch beheizte Wendel ein Dampf (Aerosol) erzeugt, den man tief inhaliert. Die E-Zigarette besteht somit aus einem kleinen Akku, der die Heizspule betreibt, einem Tank für den Liquid und einem Mundstück. In Österreich können E-Zigaretten und die entsprechenden Liquide in den Tabaktrafiken, aber auch in Online-Shops gekauft werden. Die Preise betragen derzeit: für ein E-Zigaretten-Set ab ca. 16 Euro; für einen Akku ab ca. 10 Euro. Die Preise für Liquide variieren sehr stark je nach Inhalt; für 10 ml zahlt man ab 6 Euro. An dieser Menge Liquid raucht man etwa so lange wie an 11 Zigarettenpackungen.³

Die üblichen Inhaltsstoffe sind Propylenglykol und/oder Glycerin, Aromastoffe und andere Stoffe wie insbesondere Formaldehyd, Acetaldehyd und Acrolein. Meistens enthält die E-Zigarette auch Nikotin. Insgesamt wurde von mehr als 7.700 verschiedenen Geschmacksstoffen berichtet, die E-Zigaretten beigemischt werden.⁴ Mit dem Aerosol gelangen kleine Partikel dieser Substanzen in die Raumluft und in die Atemwege bis tief in die Lunge.

Bei der Inhalation von Propylenglykol sind Reizungen von Augen und Rachen zu erwarten.⁵ Das Irritationspotenzial für die Haut ist in starkem Maße konzentrationsabhängig, ein geringer Zusatz von 10 bis 15 Prozent wird aber allgemein als tolerierbar angesehen. Die möglichen Wirkungen der Geschmacksstoffe wurden noch nicht ausreichend untersucht, sie gelten zum Teil als Kontaktallergene, d. h. sie lösen Allergien aus, die als Ekzemerkrankungen der Haut in Erscheinung treten können.⁶ Weiters sind die Substanzen Formaldehyd, Acetaldehyd und Acrolein möglicherweise krebserregend.⁷ Nikotin, egal ob in Rauch oder

Dampf, macht abhängig,⁸ fördert das Wachstum bestehender Tumore⁹ und schadet in der Schwangerschaft dem ungeborenen Kind.¹⁰

Die Risiken hängen von der jeweiligen Komposition und Konzentration der Substanzen im Liquid ab.¹¹ Die Datenlage ist noch sehr bescheiden, und Langzeitstudien sind kaum möglich. Keine der genannten Bestandssubstanzen muss zwingend vorhanden sein. Eine Studie berichtet von 466 verschiedenen Liquid-Marken, die in den USA auf dem Markt sind.¹² Hinzu kommt, dass die Liquide beliebig zusammengesetzt werden können. Viele „Dampfer“ mixen ihr Liquid selbst. Auf Youtube finden sich zahlreiche Videos mit Anleitung und Empfehlungen zur Herstellung einer eigenen Mischung. Eine einheitliche, allgemeingültige Beurteilung der Gesundheitsrisiken der E-Zigarette für Aktiv- und Passivdampfer ist somit praktisch unmöglich. Vorsicht ist daher geboten.¹³

3. Die Verbreitung der E-Zigarette

Der Konsum von E-Zigaretten ist relativ gering, erlebt aber ein rasantes Wachstum. Schätzungen für die Vereinigten Staaten ergeben Verkaufszahlen von 1,5 Mrd. Dollar für 2012, 3,5 Mrd. für 2013 und 7 Mrd. für 2014.¹⁴ Das in Atlanta beheimatete *Center for Disease Control and Prevention* hat vor kurzem die Ergebnisse des 2014 *National Youth Tobacco Survey* publiziert.¹⁵ Die Erhebung zeigt, dass der Gebrauch von E-Zigaretten (an mindestens einem Tag in den letzten 30 Tagen) unter Collegestudenten von 4,5 Prozent in 2013 auf 13,4 Prozent im Jahr 2014 zunahm und von etwa 660.000 auf 2 Millionen Studenten gestiegen ist. Unter Schülern der Mittelstufe stieg der Konsum von E-Zigaretten von 1,1 Prozent in 2013 auf 3,9 Prozent im Jahr 2014, d. h. von rund 120.000 auf 450.000 Schüler. Der Verbrauch hat sich in beiden Fällen verdreifacht. Zwischen 2011 und 2012 hatte er sich schon verdoppelt.¹⁶ Eine ähnliche Erhebung in Frankreich zeigte, dass 6 Prozent der 12-14-jährigen, 12 Prozent der 15-16-jährigen und 9 Prozent der 17-jährigen mit E-Zigarette experimentieren, wobei rund 65 Prozent Nichtraucher waren.¹⁷ Eine Erhe-

bung bei Schülern in Wales (Großbritannien) zeigte, dass die Schüler bis zum 11. Schuljahr (15-16 Jahre alt) gleich viele E-Zigaretten oder Tabakzigaretten probiert haben. Erst ab dem 11. Schuljahr ist der Verbrauch von Zigaretten unter Schülern höher als jener von E-Zigaretten.¹⁸

Für Deutschland hat das *Deutsche Krebsforschungszentrum* (DKFZ) die Bekanntheit und den Konsum der E-Zigarette erheben lassen: 2014 hatten nur 11 Prozent der Bevölkerung von E-Zigaretten nie gehört. „Im Februar 2012 gaben insgesamt 85 Prozent der befragten Raucher (n=598) an, von E-Zigaretten gehört zu haben. Von den 16- bis 19-jährigen Rauchern hatten 68 Prozent von E-Zigaretten gehört und von den erwachsenen Rauchern bis zu 89 Prozent. Die Bekanntheit stieg bei den 16- bis 19-jährigen Rauchern rasant in 2013 und wieder 2014 auf 100 Prozent. Von den 20- bis 59-jährigen kannten im Jahr 2014 mehr als 95 Prozent die Produkte, lediglich unter den über 60-Jährigen waren E-Zigaretten weniger bekannt.“¹⁹

Insgesamt hat sich der Anteil der Probierer zwischen 2012 und 2014 mehr als verdreifacht, wobei die Zunahme unter Rauchern in den mittleren Lebensjahren (30 bis 60 Jahre) am größten war. Im Februar 2012 hatten nur sechs Prozent der befragten Raucher E-Zigaretten ausprobiert. 2013 hatten doppelt so viele Raucher (14 Prozent) E-Zigaretten getestet und 2014 hat fast jeder fünfte Raucher (19 Prozent) E-Zigaretten probiert. „Die experimentierfreudigsten E-Zigaretten-Konsumenten waren junge Raucher zwischen 16 und 19 Jahren: Mehr als jeder Vierte von ihnen gab im Februar 2014 an, E-Zigaretten ausprobiert zu haben.“

Die Befragung der *Gesellschaft für Konsumforschung* im Auftrag des DKFZ ergab außerdem, dass – im Gegensatz zur allgemeinen Annahme – E-Zigaretten in Deutschland nur sehr selten als Hilfsmittel zum Raucherstopp verwendet werden: Nur 0,2 Prozent der Ex-Raucher gab an, sich das Zigarettenrauchen mithilfe von E-Zigaretten abgewöhnt zu haben.

4. Nutzen versus Schaden von E-Zigaretten

E-Zigaretten sind bei weitem weniger schädlich als Tabakzigaretten. Zumindest in diesem Punkt herrscht eine gewisse Einigkeit. Über alles Übrige wird heftig gestritten. Befürworter haben vor allem die Raucher im Blick und erwarten sich eine starke Reduktion des Tabakrauchens. Sie behaupten, dass das Dampfen viele der vom Rauchen verursachten Krankheiten – und der damit verbundenen Todesfälle – zurückdrängen kann. Sie gehen also davon aus, dass die E-Zigaretten viele Leben retten werden, weil Lungenkrebs u. a. tödliche Krankheiten reduziert werden. Darüber hinaus sieht man im Dampfen eine gute Methode, der Nikotinabhängigkeit zu entkommen.²⁰ Die oben erwähnte Erhebung des DKFZ und andere unterstützen allerdings diese Hypothesen in keiner Weise.

Die *Cochrane Collaboration* hat jüngst eine Übersichtsstudie von starken Befürwortern von E-Zigaretten publiziert. Die Ergebnisse stützen sich lediglich auf zwei relativ kleine Studien. Demnach schafften es 9 Prozent der Dampfer nikotinhaltiger E-Zigaretten, den Tabakverbrauch zwölf Monate lang einzustellen. Die Autoren der Studie geben allerdings zu, dass die Ergebnisse nicht sehr aussagekräftig sind, und regen weitere Studien an.²¹

Tatsächlich ist die Datenlage sehr dünn, und weitere Studien werden notwendig sein, um Klarheit zu schaffen. Andererseits hat die Erfahrung mit dem Tabakrauchen, das Jahrzehnte lang als relativ ungefährlich gegolten hat, bewirkt, dass Institutionen wie die WHO oder das *Deutsche Krebsforschungszentrum* (DKFZ) aus Public Health Gründen vehement für eine Regulierung der E-Zigaretten eintreten.²²

Im wesentlichen argumentieren sie damit, dass auf Grund des aktuellen Wissens eine Langzeitgefährdung durch den E-Zigaretten-Konsum nicht ausgeschlossen werden kann, denn die in der E-Zigarette enthaltenen Substanzen sind gesundheitlich bedenklich (siehe oben). Sie geben zu, dass man noch zu wenig weiß, aber dass schwerwiegende Gründe dafür vorliegen, sehr

vorsichtig zu sein und präventive Maßnahmen zu setzen.

Dazu kommt noch das psychosoziale Argument, dass E-Zigaretten das Rauchritual aufrecht erhalten. „So erwecken allein die Situation und das Rauchritual das Verlangen nach einer Zigarette“²³ und „der Gebrauch der E-Zigarette ahmt das Rauchritual nach und erhält dadurch einen Aspekt der Tabakabhängigkeit: Ein Raucher, der eine andere Person beim Konsum einer E-Zigarette beobachtet, bekommt Lust auf eine Tabakzigarette“.²⁴

Weitere vom DKFZ angeführte Argumente sind:

- E-Zigaretten können wegen der Aromen (Schokolade, Keks, Gummibärchen) für Jugendliche attraktiv werden, sind aber für sie sicher ungeeignet.
- E-Zigaretten untergraben die politischen Bemühungen um Tabakprävention.
- Das Aerosol der E-Zigaretten gefährdet möglicherweise Dritte.

Alle diese Punkte werden von den Produzenten bestritten. Sie argumentieren damit, dass es darüber keine wissenschaftliche Gewissheit gebe, sondern nur vage Mutmaßungen. Die Regulierungen würden die gesundheitsfördernde Wirkung dieser Substanzen, d. h. die Reduktion des um vieles gefährlicheren Tabakverbrauchs, verhindern.

5. WHO-Bericht und Vorschläge 2014

Die Position der WHO²⁵ bezüglich der E-Zigarette, die kaum von der des DKFZ abweicht, hat der Gesundheitsorganisation sehr viel Kritik eingehandelt. Gegen Angriffe dieser Art ist sie allerdings durch die im Lauf von Jahrzehnten erlittenen Attacken der Tabaklobbys ziemlich immun geworden.

Der Bericht räumt zunächst ein, dass sich im Dampf von E-Zigaretten meist eine deutlich geringere Konzentration krebserregender Stoffe als in herkömmlichen Zigaretten befindet. Trotzdem sind Stoffe enthalten, die mit hoher Wahrscheinlichkeit für aktive wie für passive Dampfer eindeutig schädlich sind. Der Dampf von E-Zigaretten und ähnlichen Produkten sei eben nicht einfach

nur Wasserdampf, wie das die Hersteller gerne behaupten, schreibt die WHO.

Die WHO spricht sich im Bericht für eine strenge Regulierung von E-Zigaretten aus. Sie schlägt unter anderem folgende Maßnahmen vor:

- E-Zigaretten sollen nicht an Minderjährige verkauft werden dürfen.
- Die Rauchverbote, die für herkömmliche Zigaretten gelten, sollen auch auf E-Zigaretten ausgeweitet werden, solange nicht belegt ist, dass der Dampf für Umstehende ungefährlich ist.
- Werbung für E-Zigaretten soll stark eingeschränkt oder komplett verboten werden.
- E-Zigaretten sollen so gestaltet sein, dass sie möglichst wenig giftige Emissionen verursachen. Falls sie Nikotin enthalten, sollen Kunden genau darüber informiert werden.
- Liquide mit fruchtigen, süßen oder alkoholischen Geschmacksrichtungen sollen verboten werden, solange noch unklar ist, ob diese Produkte insbesondere Jugendliche ansprechen.
- E-Zigaretten sollten Warnhinweise auf mögliche gesundheitliche Schäden enthalten.

6. Regulierung der E-Zigarette aus ethischer Sicht

Die Frage ist nun, ob eine Regulierung der E-Zigarette aus ethischer Sicht vertretbar, notwendig oder überflüssig ist.

Auf der einen Seite steht die Aussage, dass mit der E-Zigarette „Millionen von Menschenleben“ gerettet werden können, da sie eine große Hilfe beim Ausstieg aus dem Rauchen darstellt. Leider kann vorerst diese Erwartung empirisch nicht bestätigt werden.

Auf der anderen Seite werden gesundheitliche Bedenken geäußert, die von nicht wenigen Experten in Zweifel gezogen werden.

Hier müssen ungewisse positive Erwartungen gegen ungewisse negative Erwartungen abgewogen werden. Keine leichte Aufgabe. Im optimalen Fall

gibt es großen Nutzen und Null Schaden. Im *worst case* ist der Nutzen Null und der Schaden groß. Die Regulierung soll den möglichen Schaden verhindern, ohne den Nutzen zu unterbinden. Ein Verbot der E-Zigaretten kommt daher nicht in Frage, weil sie den Nutzen völlig verhindern würde. Ein Verbot wird auch weder von der WHO noch vom DKFZ gefordert. Dass man versucht, die Jugendlichen davon fern zu halten, ist sicher angebracht. Die anderen Forderungen der WHO erscheinen auch ethisch vertretbar, sie stellen an sich keine Einschränkung der Freiheit der Bürger dar und schützen diese vor der Manipulation der Tabaklobbys – die seltsamerweise in das Geschäft mit den Liquiden eingestiegen sind.

7. Die österreichische Regelung

Der Entwurf sieht die Ausdehnung des Geltungsbereiches des Tabakgesetzes auf die E-Zigarette vor. Es wurde bereits erwähnt, dass die Inkludierung dieser Regulierung im Tabakgesetz zu Recht als eine Fehlleistung kritisiert wurde, zumal E-Zigaretten, mit oder ohne Nikotin, keinen Tabak enthalten. In der Tabakproduktrichtlinie der EU (TPD2) werden E-Zigaretten als „Nicht-Tabakprodukte“ klassifiziert. Es ist sicher ein kleiner Formalfehler, der aber von den Kritikern gerne an die vorderste Stelle ihrer Kritik gestellt wird.²⁶

Die Regelung bewegt sich innerhalb der Grenzen des ethisch Vertretbaren. Der Gebrauch von E-Zigaretten wird freigestellt, aber etwas erschwert. Zum Verkauf sind in Österreich nur Tabaktrafiken zugelassen, man kann aber auch über die einschlägigen Internetseiten Ankäufe tätigen. Dampfverbot gilt dort, wo auch das Rauchen verboten ist, d.h. in Lokalen der Gastronomie, Hotels, Vereins- und Versammlungslokalen u. a. m.

In den Erläuterungen zum Gesetzentwurf wird die Schädlichkeit der bei den E-Zigaretten freigesetzten Stoffe als gegeben und durch Studien erwiesen angeführt. Wie bereits erwähnt, kann dies zum jetzigen Zeitpunkt nicht behauptet werden, in den Stellungnahmen zum Gesetz wurde dies auch mehrfach kritisiert.

Zusammenfassend kann man sagen, dass die österreichische Regelung in hohem Maße auf Prävention setzt. Diese Vorsicht scheint angesichts der vielen Fehler der Vergangenheit vorerst gerechtfertigt. Man soll aber Langzeitstudien fördern und fordern, um über die ungewissen Risiken bald Klarheit zu erhalten.

Referenzen*

- 1 Die Initiative DON'T SMOKE hat gemeinsam mit 48 Institutionen, darunter die Österreichische Ärztekammer, zahlreiche medizinische Fachgesellschaften, Universitäten, Krankenhäuser, die Österreichische Krebshilfe mit den Landesorganisationen sowie weitere Gesundheitseinrichtungen, eine Stellungnahme eingebracht. Unisono wird dort insbesondere eine deutlich kürzere Übergangsfrist gefordert. Der Ministerialentwurf zur Novellierung des Tabakgesetzes sieht den 1. Mai 2018 als Zeitpunkt des Inkrafttretens vor. Außerdem sollte, so die Stellungnahme, der Gesetzgeber u. a. das geplante Rauchverbot auf Kranken- und Kuranstalten, Pflegeheime und Rehabilitationszentren ausdehnen.
- 2 Stellungnahme z. B. von Mayer B. M., http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_02920/imfname_398597.pdf und von Rode B. M. http://www.parlament.gv.at/PAKT/VHG/XXV/SNME/SNME_03254/imfname_404604.pdf
- 3 Wie lange hält eine E-Liquid Füllung? <http://ezigarette-shop.biz/blog/wie-lange-halt-eine-e-liquid-ful-lung/>
- 4 Tierney P. A. et al., *Flavour chemicals in electronic cigarette fluids*, *Tob Control* (2015);0: 1-6, doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-052175
- 5 Wieslander G. et al., *Experimental exposure to propylene glycol mist in aviation emergency training: acute ocular and respiratory effects*, *Occup Environ Med* (2001); 58: 649-655
- 6 Hutzler C. et al., *Chemical hazards present in liquids and vapors of electronic cigarettes*, *Arch Toxicol* (2014); 88: 1295-1308
- 7 Goniewicz M. L. et al., *Levels of selected carcinogens and toxicants in vapour from electronic cigarettes*, *Tob Control* (2014); 23: 133-139; Laugesen M., *Safety Report on the Ruyan e-cigarette Cartridge and Inhaled Aerosol* (2008), <http://www.healthnz.co.nz/RuyanCartridgeReport30-Oct-08.pdf>; Lim H. H., Shin H. S., *Measurement of Aldehydes in Replacement Liquids of Electronic Cigarettes by Headspace Gas Chromatography-mass*

- Spectrometry, Bulletin of the Korean Chemical Society (2013); 34: 6; Trehy M. L. et al., *Analysis of electronic cigarette cartridges, refill solutions, and smoke for nicotine and nicotine related impurities*, Journal of Liquid Chromatography and Related Technologies (2011); 34: 17; Uchiyama S., Inaba Y., Kunugita N., *Determination of acrolein and other carbonyls in cigarette smoke using coupled silica cartridges impregnated with hydroquinone and 2,4-dinitrophenylhydrazine*, J Chromatogr A (2010); 1217: 4383-4388; Williams M. et al., *Metal and silicate particles including nanoparticles are present in electronic cigarette cartomizer fluid and aerosol*, PLoS ONE (2013); 8(3): e57987
- 8 Benowitz N. L., *Nicotine addiction*, N Engl J Med (2010); 362: 2295-2303
 - 9 Heesch C. et al., *Nicotine stimulates angiogenesis and promotes tumor growth and atherosclerosis*, Nat Med (2001); 7: 833-839
 - 10 Bruin J. E. et al., *Long-term consequences of fetal and neonatal nicotine exposure: a critical review*, Toxicol Sci (2010); 116: 364-374
 - 11 King A. C. et al., *Passive exposure to electronic cigarette (e-cigarette) use increases desire for combustible and e-cigarettes in young adult smokers*, Tob Control (2014), doi:10.1136/tobaccocontrol-2014-051563
 - 12 vgl. Ref. 3
 - 13 Pisinger Ch., *Why public health people are more worried than excited over e-cigarettes*, BMC Medicine (2014); 12: 226, <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/s12916-014-0226-y.pdf>
 - 14 Tierney P. A. et al., siehe Ref. 4
 - 15 CDC (Centers for Disease Control and Prevention), *E-cigarette use triples among middle and high school students in just one year*, <http://www.cdc.gov/media/releases/2015/p0416-e-cigarette-use.html>; FDA (Food and Drug Administration), *Youth Tobacco Use, Results from the 2014 National Youth Tobacco Survey*, <http://www.fda.gov/downloads/TobaccoProducts/ProtectingKidsfromTobacco/UCM443044.pdf>
 - 16 CDC (Centers for Disease Control and Prevention), *Notes from the Field: Electronic Cigarette Use Among Middle and High School Students - United States, 2011-2012*, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6235a6.htm>
 - 17 Dautzenberg B., Birkui P., Noel M. et al., *E-Cigarette: A New Tobacco Product for Schoolchildren in Paris*, Open Journal of Respiratory Diseases (2013); 3: 21-24
 - 18 Moore G. et al., *Electronic-cigarette use among young people in Wales: evidence from two cross-sectional surveys*, BMJ Open (2015); 5: e007072, doi:10.1136/bmjopen-2014-007072
 - 19 DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum), *E-Zigaretten: Bekanntheit und Konsum in Deutschland 2012-2014*, http://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/AdWfP/AdWfP_E-Zigaretten_Bekanntheit_und_Konsum_in_Deutschland_20122014.pdf
 - 20 Hajek P., *Electronic cigarettes have a potential for huge public health benefit*, BMC Medicine (2014); 12: 225
 - 21 McRobbie H., Bullen C., Hartmann-Boyce J., Hajek P., *Electronic cigarettes for smoking cessation and reduction*, <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD010216.pub2/abstract;jsessionid=E7C3893D4FoF-38681543C23D6A3ADA4D.f0ito2>
 - 22 WHO, *WHO-Report Framework Convention on Tobacco Control, Electronic nicotine delivery systems*, http://apps.who.int/gb/fctc/PDF/cop6/FCTC_COP6_10-en.pdf?ua=1; DKFZ (Deutsches Krebsforschungszentrum), *Stellungnahme zur kontroversen Diskussion um E-Zigaretten*, Juni 2014, https://www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/download/Publikationen/Stellungnahmen/DKFZ_Stellungnahme_E-Zigarette_2014.pdf
 - 23 DKFZ, siehe Ref. 22 und Benowitz N. L., *Nicotine addiction*, N Engl J Med (2010); 362: 2295-2303; Buchhalter A. R., Acosta M. C., Evans S. E., Breland A. B., Eissenberg T., *Tobacco abstinence symptom suppression: the role played by the smoking-related stimuli that are delivered by denicotinized cigarettes*, Addiction (2005); 100: 550-559; Gardner E. L., *Addiction and brain reward and anti-reward pathways*, Adv Psychosom Med (2011); 30: 22-60
 - 24 DKFZ, siehe Ref. 22 und King A. C., Smith L. J., McNamara P. J., Matthews A. K., Fridberg D. J., *Passive exposure to electronic cigarette (e-cigarette) use increases desire for combustible and e-cigarettes in young adult smokers*, Tob Control, online veröffentlicht 21. Mai 2014, <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24848637>
 - 25 WHO, siehe Ref. 22
 - 26 vgl. Ref. 1
- * Letzter Zugriff auf sämtliche Internetseiten am 26. Mai 2015

Prof. Dr. Enrique H. Prat, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
ehprat@imabe.org

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 Kniebeschmerzen 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 Kniebeschmerzen 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 prügeln 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 Reumont J., Müller A., Eich W., *Comparison of a biopsychosocial 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.

Clemens Sedmak

Zur Utopie oder Dystopie einer schmerzfreien Gesellschaft

A pain-free society: Utopia or dystopia?

Zusammenfassung

Der Beitrag zeichnet Konturen eines ethisch angemessenen Umgangs mit Schmerzen nach, beginnend mit der Frage, ob eine prinzipiell schmerzfreie Gesellschaft wünschenswert sein könne. Es werden sowohl die (praktischen, epistemischen, moralischen) Kosten von Schmerzfreiheit skizziert als auch die Relevanz von Schmerz als Kapital im vierfachen Sinn Bourdieus ausgewiesen. Nach einer begrifflichen Unterscheidung zwischen Schmerzen erster Ordnung und Schmerzen zweiter Ordnung sowie zwei Beispielen einer Phänomenologie von Schmerz wird der Begriff der Schmerzkompetenz an fünf Säulen erarbeitet: Schmerzherkunft, Schmerzsprache, Schmerzumgebung, Schmerzgerechtigkeit, Schmerzethik.

Schlüsselwörter: Schmerzkompetenz, Schmerzethik, Schmerzgerechtigkeit, Schmerzen erster Ordnung, Schmerzen zweiter Ordnung

Abstract

The article develops a concept of „pain competence“ based on pain foundation, pain language, pain environment, pain justice and pain ethics. It discusses the desirability of a principally pain free society and sketches the practical, epistemic and moral role of pain. It distinguishes between first order pain and second order pain and works with examples from a phenomenology of pain. It ultimately denies the question of a desirability of a painfree society but argues that pain alleviation is a strong, but not absolute duty.

Keywords: pain competence, pain ethics, pain justice, first order pain, second order pain

Univ.-Prof. MMag. DDDr. Clemens Sedmak
 Professor für Philosophie
 Katholisch-Theologische Fakultät
 Universität Salzburg
 Zentrum für Ethik und Armutsforschung
 Mönchsberg 2a, A-5020 Salzburg
 clemens.sedmak@sbg.ac.at

Dass die Angst vor Schmerzen (wie auch immer umstrittene) pädagogische Bedeutung haben dürfte und dass der Ausdruck von Schmerzen kulturell überformt ist, illustriert eine Begebenheit, die Ian Richard Paisley, dem konfrontationsfreudigen nordirischen Prediger, zugeschrieben wird. In einer flammenden Predigt über das Jüngste Gericht sprach er über die Hölle und näherte sich dem Höhepunkt seiner Predigt an: „On the Day of Judgment there will be wailing and gnashing of teeth“. Eine ältere Dame meldete sich zu Wort: „But I have no teeth“. Paisleys Antwort nach einer kurzen Pause: „Teeth will be provided!“

1. Begriffliche Klärungen

Schmerzen sind in ihrer philosophischen Einordnung herausfordernd – sind Schmerzen Emotionen oder so zu behandeln wie Emotionen, wie Austen Clark vorschlägt? Für die Zwecke dieses Beitrags schlage ich vor, Schmerzen als unerwünschte („adverse“) und alles durchdringende („pervasive“) *Conditio*, die von uns Besitz ergreift („possessiv“), aufzufassen. Diese drei Eigenschaften des Aversen, Pervasiven und Possessiven machen die Dynamik der Lebensveränderung aus, die Schmerzen erzwingen. Schmerzen lassen sich nicht aufschieben, sie entwickeln einen Sinn von Dringlichkeit. Schmerzen führen in ein Exil; der Begriff „Leiden“ hängt nicht von ungefähr mit dem Wort „*lidan*“ (in die Fremde ziehen) zusammen. Ein Mensch, der leidet, muss eine vertraute Welt verlassen. Als Exilsbringer ist Schmerz so gesehen auch Quelle von Kosmopolitismus. Oder anders gesagt: Das Sprachspiel des Exils kann mit der Hermeneutik von Schmerzen verbunden werden. Schmerzen führen in eine Welt von Einschränkung, Kontrollverlust, Unberechenbarkeit und Widrigkeit. Hier stellen sich Fragen nach der Orientierung in dieser „neuen Welt“, in der neue Gesetzmäßigkeiten und Regelwerke gelten – Susan Sontag hatte die Metapher von den beiden Reisepässen verwendet: „Everyone who is born holds dual citizenship, in the kingdom of the well and in the kingdom of the

sick. Although we all prefer to use only the good passport, sooner or later each of us is obliged, at least for a spell, to identify ourselves as citizens of that other place.“² Das Land der Krankheit, das Land des Schmerzes, ist ein eigenes Land, in dem man sich zurecht finden muss.

Sinnvoll dürfte daher die Einführung der Unterscheidung von „Schmerzen erster Ordnung“ („first order pain“) und Schmerzen zweiter Ordnung („second order pain“) sein. Schmerzen erster Ordnung beziehen sich auf bekannte und weniger bekannte physische und psychische Schmerzquellen, Schmerzen zweiter Ordnung beziehen sich auf Schmerzen, die sich aus dem Umgang mit Schmerzen „in the kingdom of the sick“ ergeben. Anders gesagt: Es gibt Leiden, aber es gibt auch das Leiden, das sich aus dem Umgang mit Leiden ergibt – von diesem Leiden hat Leonardo Boff in seiner Christologie gesprochen.³ Es gibt Schmerzen, die von einem gebrochenen Bein nach einem Schiunfall herrühren; und es gibt Schmerzen aufgrund dieser Schmerzen, die mit sozialer Beschämung ob der entstandenen Unannehmlichkeiten zu tun haben. Der „Schmerz über den Schmerz“ ist ähnlich ungleich verteilt wie Schmerzen erster Ordnung und steht nicht in strenger Korrelation zum Schmerz erster Ordnung. „Schmerzkompetenz“, wie wir noch sehen werden, kann sich auf den rechten Umgang mit Schmerzen erster Ordnung, aber auch auf den rechten Umgang mit Schmerzen zweiter Ordnung beziehen.

2. Zur Phänomenologie von Schmerzen

Schmerz „zeigt sich“, er manifestiert sich; dies gilt für physischen Schmerz ebenso wie für psychischen Schmerz. Ein Beispiel für letzteren bietet Thomas Harding in seinem *Kadian Journal*.⁴ Harding hatte seinen vierzehnjährigen Sohn Kadian bei einem Fahrradunfall verloren, den er miterleben musste. Er hatte die schwere Aufgabe, die Todesnachricht sowohl Kadians Schwester als auch Kadians Mutter, die zum Zeitpunkt des Unfalls tausende Kilometer entfernt war, zu übermitteln.

Hardin beschreibt das Rohe und Disruptive dieses Schmerzes; er erzählt von dem von ihm gefühlten Schmerz der Unbenennbarkeit; er machte sich auf die Suche nach einem Begriff für den empfundenen Schmerz. „What is the correct word for what I am experiencing?“ ist eine Frage, die ihn tief beschäftigt.⁵ Er stellt sich auch die Identitätsfrage: Wer bin ich? „Ich bin ein Vater, der seinen Sohn verloren hat“. Wie nennt man einen solchen Mann? Ein Sohn, der seine Eltern verliert, ist ein Waise; ein Ehemann, der seine Ehefrau verliert, ist ein Witwer. Aber welches Wort bezeichnet den Status (und damit auch ansatzweise die innere Situation) eines Mannes, der seinen Sohn begraben musste? Harding stößt auf das Wort *kampu*, einem Wort aus einer australischen Sprache. In Zambia und Malawi wird das Wort *ofedwa* verwendet, um einen „bereaved parent“ zu beschreiben.⁶ Diese Wörter spenden Thomas Harding Trost. Das Wort hält etwas fest, öffnet gleichzeitig die Türen hin zu vorgestellten Welten. Die Vorstellungskraft ist jenes Vermögen, das Harding in seiner Trauer Halt gibt – und ein Gefühl von Haltlosigkeit.⁷ Für die Schmerztherapie kann diese Erfahrung mit Blick auf die „benannte Diagnose“, den „Schmerz mit Namen“, hilfreich sein, aber auch hinsichtlich der Rolle, die die Vorstellungskraft im Umgang mit Schmerzen spielt – nicht nur Wörter, auch Bilder für den erfahrenen Schmerz sind Bausteine für das Haus, in dem man mit Schmerz umzugehen lernt.

Ein Beispiel für physischen Schmerz findet sich in bislang unveröffentlichten Aufzeichnungen einer Frau, die mit chronischen Schmerzen zu leben lernen musste. Hier stoßen wir auf tiefe und erlittene Sätze wie die folgenden: „Schmerzen sind nicht erholend“, „Schmerzen schränken ein“, „Schmerzen machen einsam“, „Wenn Schmerz ein Signal des Körpers ist, dann taucht die Frage auf: Was will mein Körper mir sagen?“, „Ich muss Gewohnheiten so verändern, dass das Leben wieder Freude macht“, „Schmerzen können den Alltag so einschränken, dass kein normales Leben möglich ist“, „Die Schmerzen waren eine Erfahrung von

Einsamkeit, war ich doch zumeist allein mit ihnen. Freude mit anderen teilen ist schön, mit anderen den Schmerz zu teilen ist eigentlich unmöglich“, „Wenn ich den Umgang mit den Schmerzen ganz und gar an die Fähigkeiten der Ärztin übergebe, nimm mir das den Kampfgeist, den Sinn, wofür es sich zu kämpfen lohnt“, „Den Schmerz respektvoll behandeln. Was heißt das eigentlich?“, „Wer hat eigentlich Schmerzen? Der Arzt oder ich? Wie soll er beurteilen, was mir gut tut, wenn ich es ihm nicht sage?“, „Schmerzen, die aus der Welt zu schaffen sind, sind sinnlos“, „Ich bin nicht auf der Welt, um Schmerzen zu haben, sondern um zu leben.“

Diese Gedanken sprechen für sich und müssen nicht bis ins Letzte zerpfückt werden; deutlich werden die sozialen Aspekte von Schmerz, die Menschen von anderen trennen; deutlich werden die Fragen nach „ownership“ und „Autorität“: Wer ist die höchste Autorität in Bezug auf empfundenen Schmerz? Deutlich werden Schmerzen in ihrem Bezug zu Fragen nach dem guten Leben, auch mit Blick auf die Alltagstauglichkeit von Schmerzen. Diese Frage („Erlaubt es der Schmerz, Alltag zu leben?“) schafft den Übergang zur Frage nach einer Ethik des Umgangs mit Schmerzen.

3. Zur Ethik des Umgangs mit Schmerzen

„Schmerzfreiheit“ ist sicherlich ein hohes Gut, das die starke Pflicht mit sich bringt, dieses Gut zu verwirklichen; „Schmerzfreiheit“ ist freilich kein höchstes Gut, mit dem eine absolute Pflicht zur Realisierung verbunden wäre. Dazu ist der Preis der Schmerzfreiheit zu hoch, wie im nächsten Abschnitt gezeigt werden soll. Das bedeutet, dass es im Umgang mit Schmerzen auch um die Frage nach einem rechten Maß geht. Analog zu den Begriffen „poverty eradication“, „poverty alleviation“, „poverty reduction“ oder „Armutsbekämpfung“ können die Begriffe „pain eradication“, „pain alleviation“, „pain reduction“ und „Schmerzbekämpfung“ gebildet werden; sie bringen jeweils unterschiedliche Bilder, Voraussetzungen und Ansprüche mit sich. Das Bild der Schmerzreduktion insinuiert Schmerz

als messbare Menge, die nachweislich vermindert werden kann; die Idee von „Linderung“ deutet das Bild eines „Trostes“ an, der aber den Schmerz – im Gegensatz zum Anspruch der „pain eradication“ – nicht gänzlich zum Verschwinden bringen kann. Diese Begriffe geben Fragerichtungen für den Diskurs „Umgang mit Schmerz“ auf. Ich möchte im Folgenden eine Ethik des Umgangs mit Schmerzen anhand von Leitbegriffen entwickeln. Diese Leitbegriffe möchte ich als die fünf Säulen oder Pfeiler von „Schmerzkompetenz“ verstehen.

Schmerzherkunft: Es ist hilfreich und heilsam, Ursache und Grund für den eigenen Schmerz zu kennen und zu benennen. Petra Kuntner, ein Südtiroler Mädchen, das 1986 sechzehnjährig an Krebs verstorben war, beschreibt den Vorwurf, dass sie, das zwölfjährige Mädchen, die Schmerzen nur imaginäre, weil ihre Krankheit anfangs nicht diagnostiziert werden konnte, als die schlimmste Zeit. Eine ähnliche Erfahrung machte der englische Künstler Ben Watts, der die Zeit der unsicheren Diagnose als die belastendste empfand.⁸ Es ist hilfreich, die Ätiologie zu kennen, aber auch den Sinngrund. Damit ist die persönliche Geschichte gemeint, die zum Schmerz geführt hat. Eindrucksvoll wird dies in Maiti Girtanners bewegenden Autobiographie deutlich: Girtanner hatte sich als junge Pianistin der französischen Résistance angeschlossen, wurde gefangen genommen und von der Gestapo gefoltert; als Resultat der Folter wurde sie zeitlebens von schweren Schmerzen gequält, konnte nie wieder Klavier spielen und auch keine Kinder bekommen – aber sie wusste, *warum* sie dieses Schicksal erlitten hatte. Sie hielt fest, dass sie wusste, welches Risiko sie auf sich nahm, als sie sich dem Widerstandskampf anschloss; sie hatte ein „Warum“, im Gegensatz zu den jüdischen Mitbürgern, die ohne nachvollziehbaren Grund systematisch ermordet wurden.⁹

Schmerzsprache: Es ist hilfreich und heilsam, eine Sprache für den Schmerz zu haben und Schmerz benennen zu können. Diesen Punkt haben wir am Beispiel Thomas Hardings für psychischen

Schmerz gesehen. Die Sprache, die wir verwenden, um über Schmerz zu reden, ist eine öffentliche Sprache, wie Ludwig Wittgenstein in seinen Überlegungen zum „Privatsprachenargument“ klar gemacht hat.¹⁰ Diese öffentliche Sprache stellt Begriffe zur Artikulation und Beschreibung des eigenen Schmerzes zur Verfügung und nimmt damit auch Einfluss auf die Wahrnehmung des Schmerzes. Gleichzeitig geht es auch darum, Schmerz sprachlich anzueignen und eine „persönliche Sprache“ (keine Privatsprache!) für den Schmerz zu entwickeln. Das bedeutet in der Praxis wohl auch, dass Patientin und Ärztin eine gemeinsame, verständliche Sprache für den Schmerz finden müssen.

Schmerzumgebung: Die rechte Gestaltung der Schmerzpatienten-freundlichen Umgebung ist ein wichtiger Aspekt des Umgangs mit Schmerzen. Schmerz wird in einer bestimmten Umgebung wahrgenommen.¹¹ Das ist selbstredend auch eine Frage der Kultur, in der es eine Entwicklung von „prayer to painkillers“ gegeben hat.¹² Ein Meilenstein in der Geschichte der Schmerzkultur in England war die Tatsache, dass Königin Victoria sich 1853 bei der Geburt ihres achten Kindes Chloroform zur Schmerzlinderung verabreichen ließ. Dies leitete einen Wandel in der Bewertung der Schmerzumgebung ein. Schmerzempfinden ist also kontextualisiert. „Social pain“ ist neurowissenschaftlich ebenso relevant, wie auch die soziale Situation im Schmerzerleben einen Unterschied macht.¹³ Marina Slepsova, Brigitta Wössmer, Wolf Langewitz haben etwa gezeigt, dass Migranten in einer kulturell fremden Situation Schmerzen anders und stärker empfinden.¹⁴ Es ist also nicht nur der Ausdruck von Schmerzen kulturell eingebettet, sondern auch das Schmerzempfinden selbst ist nicht zu trennen von einer sozialen Situation. Die Wahrnehmung von Schmerz hängt auch von der Umgebung ab, die entsprechend gestaltet werden kann (Krankenhaus), aber auch Grenzen dessen aufzeigt, was Schmerztherapie leisten kann, die die sozioökonomische Situation von Menschen nicht zu ändern vermag.

Schmerzgerechtigkeit: Es ist hilfreich und heilsam, wenn Strukturen epistemischer Gerechtigkeit im Umgang mit Schmerz gewahrt werden. Die englische Philosophin und Krebspatientin Harvi Carel hat gemeinsam mit Ian James Kidd über „epistemische Privilegien“ nachgedacht, wie sie auch in Bezug auf die „ownership“-Frage bei der im vorigen Abschnitt zitierten Schmerzpatientin aufgetreten sind. Carel kritisiert das epistemische Privileg der medizinischen Experten, höhere Kompetenz über die Einordnung des Schmerzes eines anderen Menschen beanspruchen zu können, als die Patienten selbst. Sie moniert die Gefahr von „testimonial injustice“ in dem Sinne, dass das Zeugnis von Patientinnen und Patienten über die eigenen Schmerzen aufgrund der unterstellten emotionalen Instabilität und kognitiven Unzuverlässigkeit nicht ernst genommen wird.¹⁵ Es ist gleichfalls ein Aspekt von „Schmerzgerechtigkeit“, wenn die Schmerzbehandlung die „epistemic agency“ der Patienten nicht untergräbt – wenn etwa die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) in ihrer Ethik-Charta festhält, dass Schmerzlinderung die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht einschränken dürfe, so hat dies Implikationen für den Umgang mit Schmerz als Ausdruck eines Bekenntnisses zu Schmerzgerechtigkeit.

Schmerzethik: Es ist im Umgang mit Schmerz empfehlenswert und hilfreich, im Sinne ethischer Grundkategorien zwischen „gesolltem“ und „verbotenem“ Schmerz zu unterscheiden; letzterer ist „vermeidbar“ und kann in manchen Fällen mit dem verbunden werden, was Catriona Mackenzie, Wendy Rogers und Susan Dodds „pathogenic vulnerability“ genannt haben, also eine Verwundbarkeit, die aufgrund von Sozialpathologien entstanden ist.¹⁶ „Gesollter Schmerz“ ist Schmerz, dessen Nichtauftreten auf eine Störung hinweist, wie sie etwa Coetzee in seinem Roman *Waiting for the Barbarians* in Gestalt eines Folterknechts beschreibt, der durch nichts gerührt werden kann und also „gesollten Schmerz“ nicht empfindet. „Gesollter Schmerz“ hängt auch mit der Funktion von

Schmerz als Warnsignal zusammen, dessen Ausbleiben gefährlich sein kann. „Gesollter Schmerz“ wird auch in der jüdischen Tradition in einem Psalmwort angesprochen: „Viele Schmerzen leidet, wer fremden Göttern folgt“ (Ps 16,4). Diese Kategorien sind auch auf die Unterscheidung zwischen Schmerzen erster und zweiter Ordnung anzuwenden, es gibt also auch gebotenen Schmerz zweiter Ordnung, wie die Diskussion um eine „Pflicht zum Leiden am Leiden“ als Ausweg aus der menschlichen Gleichgültigkeit zeigt.¹⁷

Schmerzherkunft, Schmerzsprache, Schmerzumgebung, Schmerzgerechtigkeit und Schmerzethik sind fünf Säulen jenes Vermögens, das ich als „Schmerzkompetenz“ bezeichnen möchte. Schmerzkompetenz ist eine Kompetenz höherer Ordnung, die sich als das Vermögen zeigt, mit Schmerzen erster Ordnung bzw. Schmerzen zweiter Ordnung umzugehen. Dabei kann zwischen Schmerzkompetenz in Bezug auf eigene Schmerzen und Schmerzkompetenz in Bezug auf die Schmerzen (insignifikanter bzw. signifikanter) Anderer unterschieden werden. Es ist eine Sache, gut mit eigenem Schmerz umgehen zu können, es ist eine andere Sache, mit dem Schmerz eines nahen Menschen zurechtkommen zu müssen. Eltern von kranken Kindern wie auch Ehepartner von Schmerzpatienten haben Schmerzen zweiter Ordnung, mit denen sie leben müssen. Schmerzkompetenz in Bezug auf den eigenen Schmerz zeigt sich vorzugsweise in expressiven Fähigkeiten (Artikulationsfähigkeiten), in der Handlungsfähigkeit (compliance) und in der realistischen Einstellung.¹⁸ Schmerzkompetenz in Bezug auf Schmerzen von anderen manifestiert sich vor allem in Empathie und Einfühlungsvermögen,¹⁹ „Erwartungsmanagement“ („expectation management“ mit der Frage nach der Dosierung von Versprechen und Prognosen) und entsprechenden Handlungsfähigkeiten zum Schmerzmanagement. Letztere ist dann qualitativ hochwertig, wenn sie die vielen Dimensionen von Schmerz (physisch, psychisch, sozial, spiri-

tuell) im Sinne von Cecily Saunders' Begriff „total pain“ berücksichtigt.²⁰ Diese Fähigkeiten, die die Schmerzkompetenz zeigen, werden durch die angeführten fünf Säulen geerdet. Schmerzkompetenz ist auf dem Hintergrund des Gesagten die Fähigkeit, Schmerzminderung als starke Pflicht anzuerkennen, aber auch die Fähigkeit zu haben, „begründeten Schmerz“ in seiner Existenzberechtigung anzuerkennen. Nun kann die Frage gestellt werden, inwieweit prinzipielle Schmerzfreiheit wünschenswert ist.

4. Die Kosten von Schmerzfreiheit

Die Hölle, um wieder auf den Beginn zurückzukommen, ist kein Ort der Schmerzfreiheit; dieser Beitrag wollte freilich auch darüber nachdenken, inwiefern prinzipielle Schmerzfreiheit zu einer Hölle auf Erden führen könnte. Wenn man die Frage nach dem ethischen Status einer schmerzfreien Gesellschaft stellt, könnte man dies mithilfe von zwei heuristisch hilfreichen Fragen tun: Welche Kosten entstehen dadurch, dass Schmerzen reduziert oder ganz genommen werden? Sind Schmerzen eine Form von Kapital? Diese beiden Fragen sind durchaus relevant für den Begriff der Schmerzkompetenz.

Die erste Frage erinnert daran, dass sämtliche Zustände, auch der Zustand der Schmerzfreiheit, mit Opportunitätskosten verbunden sind. Mit gutem Grund stellt Jesus im Johannesevangelium einem gelähmten Mann die Frage: „Willst du gesund werden?“ (Joh 5,6); gesund zu werden ist mit Kosten verbunden. Wir könnten wenigstens an drei Typen von Kosten denken: praktische, epistemische und moralische Kosten.

Praktische Kosten von Schmerzfreiheit betreffen die veränderten Formen menschlichen Tätigseins und die Veränderungen der Interaktionskultur. José Saramago hat in seinem Roman *Eine Zeit ohne Tod* ein Gedankenexperiment vorgestellt: Wie würde die Gesellschaft sich wandeln, wenn Menschen nicht mehr versterben würden? Die Bestattungsunternehmer würden zu Subventi-

onempfängern werden, lautet eine der Einsichten des Werkes. Analog kann man sich fragen, was der praktische Preis einer Utopie der Schmerzfreiheit ist – welche Handlungen (des Tröstens, des Linderns) und welche Haltungen (des Mitgeföhls, der Erleichterung) würden dann nicht mehr möglich oder motiviert sein? Bestimmte Sprachspiele würden sich in einer schmerzfreien Welt erübrigen, ebenso bestimmte kulturelle Techniken, gut mit Schmerz umzugehen. Diese Aspekte tangieren die praktischen Kosten von Schmerzfreiheit.

Über die epistemischen Kosten von Schmerzfreiheit kann man viel von Simone Weil lernen. Weil, 1943 im Alter von 34 Jahren an Erschöpfung gestorben, litt zeitlebens unter Kopfschmerzen und auch am Leiden anderer. Trotz ihrer schwachen Gesundheit arbeitete sie in einer Renaultfabrik und engagierte sich später in der Résistance. Sie dachte viel über die Bedeutung von Schmerzen nach. Das Leiden ist für Weil (neben der Schönheit) einer der beiden eminenten Wege, die Wirklichkeit zu berühren, lehrt uns das Leiden doch auf unabweisbare Art etwas über die Realität, das wir uns zu lernen nicht aussuchen würden; das Leiden drängt uns in eine Abhängigkeit hinein, auch und gerade in eine Abhängigkeit von der Gnade Gottes, wie sie auch Paulus, gequält vom „Stachel im Fleisch“, im zweiten Korintherbrief schildert (2 Kor 12,7).²¹ Leiden ist Quelle von Mitgeföh, von Nähe.²² Prinzipielle Schmerzfreiheit versperrt den Zugang zu bestimmten Einsichten, lässt die Quelle von bestimmter Erkenntnis versiegen. Dies wird vielleicht am deutlichsten mit Blick auf das Buch Hiob. „Das Buch Hiob ist ein Wunder, denn es drückt in vollkommener Form Gedanken aus, die der menschliche Geist nur unter der Folter eines unerträglichen Schmerzes fassen kann, die aber formlos sind, die sich verflüchtigen und nicht mehr wiedergefunden werden können, wenn der Schmerz sich legt. Die Niederschrift des Buches Hiob ist ein Sonderfall des Wunders der Aufmerksamkeit, die man dem Unglück schenkt.“²³ Mit anderen Worten: In einer prinzipiell schmerzfreien Gesellschaft kann das Buch

Hiob nicht mehr verstanden werden. Bestimmte Einsichten stellen sich im Zustand der Schmerzfreiheit nicht ein – hier haben wir es mit epistemischen Kosten der Schmerzfreiheit zu tun. Guy Kahane hat dafür argumentiert, dass sich Menschen, die das erste Mal Schmerz empfinden, neues normatives Wissen aneignen, damit also eine Art von Wissen, die handlungsleitend ist.²⁴ Hier zeigt sich eine Verbindung zwischen den praktischen und den epistemischen Kosten von Schmerzfreiheit.

Die moralischen Kosten der Schmerzfreiheit schließlich könnte man am Begriff der Verwundbarkeit deutlich machen; Schmerzen sind unangenehme Erinnerungen an die menschliche Verwundbarkeit. Paul Formosa hat Verwundbarkeit charakterisiert mit den Worten „to be susceptible to harm, injury, failure, or misuse“.²⁵ Hier wird also eine *conditio* benannt, die Schaden und Schmerzen ermöglicht. Diese *Conditio* ist abgestuft, wie Joel Anderson formuliert hat: „A person is vulnerable to the extent to which she is not in a position to prevent occurrences that would undermine what she takes to be important to her“.²⁶ Menschen sind mehr oder weniger verwundbar, können sich mehr oder weniger gegen die Eintrittsstellen von Verwundbarkeit schützen. Schmerzen zeigen Eintrittsstellen von Verwundbarkeit auf. Einsicht in die eigene Verwundbarkeit führt zur moralisch wünschenswerten Anerkennung der eigenen Abhängigkeit. Einsicht in die Verwundbarkeit anderer Menschen führt im besten Fall zur Ausbildung einer „Care-Haltung“, einer Haltung der Sorge und Fürsorge, wie dies Robert Goodin erkannt hat: „It is dependency and vulnerability rather than voluntary acts of will which give rise ... to our most fundamental moral duties“.²⁷ Schmerzfreiheit könnte mit den moralischen Kosten einer erschwerten Wahrnehmung von Verwundbarkeit verbunden sein. Ich möchte diesen Verlust so ausdrücken, dass im Rahmen prinzipieller Schmerzfreiheit „zweite Integrität“ als moralisches Schlüsselgut nicht erreicht werden kann; unter „zweiter Integrität“ verstehe ich Integrität (aufgefasst als Ernsthaftig-

keit, Aufrichtigkeit, Positionierung und Responsivität) mit der zusätzlichen Einsicht in die eigene Versehrtheit.²⁸ Damit ist ein wichtiges Gut auf dem Weg zu Solidarität und Demut schwerer erreichbar geworden; das hat mit den moralischen Kosten von Schmerzfreiheit zu tun.

Prinzipielle Schmerzfreiheit ist also an Opportunitätskosten gebunden, die wenigstens mit praktischen, epistemischen und moralischen Aspekten des menschlichen Lebens zu tun haben.

In diesem Zusammenhang kann die erwähnte zweite Frage gestellt werden: Sind Schmerzen eine Form von Kapital? Nach Pierre Bourdieu kann man neben dem ökonomischen Kapital zumindest auch soziales, kulturelles und symbolisches Kapital unterscheiden.²⁹ Kann diese Unterscheidung auf den Begriff „Schmerz“ angewandt werden? Schmerz ist neben einem Faktor, der – etwa aufgrund von Arbeitsunfähigkeit oder Behandlungskosten – zur Einbuße von ökonomischem Kapital führt, auch mit Formen von ökonomischem Kapital zu verbinden; manche Menschen verdienen Geld mit Büchern über den eigenen oder fremden Schmerz, viele profitieren finanziell von den Schmerzen anderer. Man wäre geradezu versucht, einen ganzen Berufsstand auf die Idee von Schmerz als ökonomischem Kapital zurückzuführen. Dieser Zusammenhang lässt sich also herstellen. Ähnlich verhält es sich mit der Dimension des Sozialkapitals, verstanden als Zugang zu Netzwerken und Kontakten mit deren Ressourcen. Während Schmerz auf der einen Seite zu einer Reduktion von Sozialkapital führen kann (herabgesetzte Hospitalitätsmöglichkeiten aufgrund von Schmerzen, gesenkte soziale Attraktivität durch Schmerzen, aber auch das Klagen über Schmerzen), kann Schmerz auch als Türöffner fungieren und das Sozialkapital erhöhen: Schmerzen ermöglichen den Zugang zu Selbsthilfegruppen, sorgen für Gesprächsstoff in sozialen Situationen, bringen Menschen in Kontakt mit helfenden Berufen oder Leidensgenossen. Auch diese Brücke lässt sich schlagen. Kulturelles Kapital als dritte Kapitalform bezieht sich auf Wer-

te und auf Wissen; damit sind wir wieder auf die epistemischen und moralischen Kosten verwiesen, die Schmerzfreiheit mit sich bringen könnte. Schmerzen führen zu einer bestimmten Form von Wissen; wenn Menschen Schmerzen haben, eignen sie sich Wissen über die Phänomenologie des Schmerzes, aber auch über die möglichen Ursachen des Schmerzes an. Schmerz vermittelt Wissen über den eigenen Körper, die Unfähigkeit, Schmerz zu empfinden, verringert die Eigenkörperkompetenz.³⁰ Schmerz kann auch bestimmte Werthandlungen bezüglich des Umgangs („Ethik des Umgangs mit Schmerzen“) hervorbringen; das kulturelle Kapital von bestimmten Haltungen gegenüber Schmerz und vor allem gegenüber Menschen mit Schmerzen kann sich in Strukturen prinzipieller Schmerzfreiheit nicht herausbilden, wie möglicherweise die einschlägigen Studien über die Effekte des regelmäßigen Besuchens von virtuellen Welten zeigen können.³¹ Symbolisches Kapital (Reputation, Prestige) ist nicht selten mit Schmerz verbunden. In bestimmten Kulturen gilt das tapferere Aushalten von Schmerz als prestigereich, also als Quelle von symbolischem Kapital. Moralphilosophische Kategorien wie „Feigheit“ oder „Tapferkeit“ werden unter anderem an Formen des Schmerz Umgangs festgemacht. Wilhelm Buschs Diktum „Gehabte Schmerzen, die hab ich gern“ deutet auf eine Quelle von symbolischem Kapital hin, die in einer prinzipiell schmerzfreien Gesellschaft nicht mehr zur Verfügung steht.

Kein Zweifel: Neben allen unerwünschten Effekten hat Schmerz auch seinen Wert,³² stellt eine Form von Kapital dar. Das ist natürlich allein bereits durch die gesundheitliche Bedeutung des Schmerzes gegeben. Ich beeile mich, hinzuzufügen, dass damit nicht der Schmerz glorifiziert werden soll; aber es könnte sich durch diese Überlegungen doch größeres Wohlwollen gegenüber einem Blick auf Funktion und Nutzen von Schmerz oder auch gegenüber einer Skepsis „Schmerzfreiheit um jeden Preis“ einstellen.

5. Schmerzfreiheit in einer Dystopie

Ein Schlusswort: Die Frage nach Kosten von Schmerzfreiheit und dem Wert von Schmerzen kommt eindrucksvoll in einer von Aldous Huxley geschilderten Begegnung zwischen dem Weltaufsichtsratsvorsitzenden und einem „Wilden“ im 17. Kapitel von Huxleys Dystopie *Brave New World* zum Ausdruck. Der Weltaufsichtsratsvorsitzende freut sich über die Vorzüge einer schmerzfreien Gesellschaft. „The savage“ stellt dies in Abrede und beklagt sich, dass die Dinge zu wenig kosten, dass in einer schmerzfreien Welt kein Raum sei für Heroismus, Tugenden oder Tiefe. „What you need ... is something with tears for a change. Nothing costs enough here.“ Die Antwort des Vertreters der schmerzfreien Welt: „We prefer to do things comfortably ... In fact ... you're claiming the right to be unhappy.“ Dieses Recht nimmt sich der Wilde heraus, „not to mention“, fährt der Weltaufsichtsratsvorsitzende fort, „the right to grow old and ugly and impotent; the right to have syphilis and cancer; the right to have too little to eat; the right to be lousy; the right to live in constant apprehension of what may happen tomorrow; the right to catch typhoid; the right to be tortured by unspeakable pains of every kind.’ There was a long silence. ‘I claim them all,“ said the Savage at last.“³³

Referenzen

- 1 Clark A., *Painfulness Is Not A Quale*, in: Aydede M. (Hrsg.), *Pain: New Essays on Its Nature and the Methodology of Its Study*, The MIT Press, Cambridge, MA (2005), S. 177-197
- 2 Sontag S., *Illness as Metaphor*, McGraw-Hill, Toronto (1978), S. 3
- 3 Boff L., *Jesus Christus, der Befreier*, 3. Auflage, Herder, Freiburg/Br., 1989, S. 350. Ulrich Schoenborn hat diesen Gedanken einmal so ausgedrückt: „Christen in der Nachfolge orientieren sich an Jesu Weg, der sie keineswegs aus der Welt herausführt ... Sie nennen die Dinge beim Namen, z. B. wenn Wahrheit und Lüge vermischt werden. Das bleibt nicht ohne Folgen. Oder sie akzeptieren nicht das Leiden ihrer Nächsten und Fernsten. Auch das hat Folgen. Man sucht nicht freiwillig das Leiden, vielmehr entsteht es im Kampf gegen das

- Leiden. Darum gehört das Kreuz Jesu nicht der Vergangenheit an“ (*Dem Glauben auf der Spur. Hermeneutische Streifzüge zwischen Rio de la Plata und Nemunas*, LIT, Münster, 2003, S. 182).
- 4 Harding T., *Kadian Journal. A Father's Story*, William Heinemann, London (2014)
 - 5 ebd., S. 159
 - 6 ebd., S. 160 f.
 - 7 Diese Ambivalenz der Vorstellungskraft kommt gegen Ende des Buches deutlich zum Ausdruck: „I would not be surprised if one day I woke up and he was back ... Where have you been? I would ask. Oh, away he would say. I would be so glad. We would hug, and laugh, and share stories ... And as I write this, I hold on to him, not wanting to let him go, not wanting to feel the loss, to feel him slide from my grasp, which I know I must, and then, too soon, he's gone“ (ebd., S. 238). Das Buch endet mit einem Traum, in dem sich Thomas Harding mit seinem Sohn vereint findet: “I know that this is a dream, I try not to wake up” (ebd., S. 241).
 - 8 Kuntner P., *Spuren eines jungen Lebens*, Katechetisches Amt. O. J., Bozen; Watt B., *Patient. The True Story of a Rare Illness*, Grove Press, London (1998)
 - 9 Girtanner M., *Même les bourreaux ont une âme*, cld Editions, Paris (2006)
 - 10 vgl. Wittgenstein L., *Philosophische Untersuchungen*, Blackwell, Oxford (1967), S. 244-246, S. 253, S. 256-258
 - 11 vgl. ebd., S. 250
 - 12 Man denke an die Geschichte der Schmerzkultur von Bourke J., *The Story of Pain: From Prayer to Painkillers*, OUP, Oxford (2014)
 - 13 vgl. zu den neurowissenschaftlichen Fundamenten von sozialem Schmerz: Eisenberger N., *The pain of social disconnection: examining the shared neural underpinnings of physical and social pain*, *Nature Reviews Neuroscience* (2012); 13(6): 421-434
 - 14 Sleptsova M., Wössmer B., Langewitz W., *Migranten empfinden Schmerzen anders*, *Schweiz Med Forum* (2009); 9(17): 319-321
 - 15 Carel H., Kidd I. J., *Epistemic injustice in healthcare: a philosophical analysis*, *Medicine Health Care and Philosophy* (2014); 17(4): 529-540
 - 16 Mackenzie C. et al., *Introduction: What Is Vulnerability, and Why Does It Matter for Moral Theory?* in: Mackenzie C. et al. (Hrsg.), *Vulnerability*, OUP, Oxford (2014), S. 1-29, S. 7
 - 17 Margalit A. sieht Ethik als Kampf gegen die menschliche Gleichgültigkeit – Margalit A., *The Ethics of Memory*, Harvard UP, Cambridge, MA (2002), S. 32-34
 - 18 Scott Peck hat diesen Realismus mit einem Verständnis von mentaler Gesundheit zusammengebracht: „Mental health is an ongoing process of dedication to reality at all costs“ (Peck S., *The Road Less Traveled*, Simon & Schuster, New York, 2002, S. 50)
 - 19 Isaiah Berlin hat Empathiefähigkeit und Vorstellungskraft als zwei Schlüsselkompetenzen für Pluralismus angesehen (vgl. Ferrell J., Berlin I., *Liberalism and pluralism in theory and practice*, *Contemporary Political Theory* 2009; 8(3): 295-316) – wenn man Susan Sontags Bild (siehe Ref. 2) von den verschiedenen Staatsbürgerschaften ernst nimmt, bedeuten die Unterschiede im Schmerzerleben auch Pluralismus und verlangen in der Begegnung mit dem Schmerzfreien und dem Schmerzträger entsprechende Pluralismusfähigkeit, um den Graben des Unverständnisses zu verkleinern, den Krebspatient Tiziano Terzani geschildert hat: „Ein Gesunder kann einen Kranken nie richtig verstehen, und das ist auch ganz gut so. Egal wie er nun mit seinem Schicksal umgeht, findet man beim Kranken eine Trägheit, die aus Schwäche resultiert, aber auch eine Gelassenheit, die ein Gesunder mit all seinem Mitgefühl nicht nachempfinden kann“ (Terzani T., *Noch eine Runde auf dem Karussell. Vom Leben und Sterben*, München, 2007, S. 89).
 - 20 vgl. Mehta A., Chan L. S., *Understanding of the Concept of 'Total Pain'*, *Journal of Hospice and Palliative Nursing* (2008); 10(1): 26-32
 - 21 vgl. Cadrin D., *La souffrance comme voie d'accès au réel chez Simone Weil et Paul de Tarse*, *Science et Esprit* (2007); 59(1): 66-70
 - 22 Jesson S., Weil S., *Suffering, Attention and Compassionate Thought*, *Studies in Christian Ethics* (2014); 27(2): 185-201
 - 23 Weil S., *Aufzeichnungen*, 4 Bände, Band 4, Hanser, München (1998), S. 182; vgl. Pernkopf E., *Ich will dich fragen... Simone Weil im Gespräch mit Hiob*, *Lectio difficilior* 2 (2006)
 - 24 Kahane G., *Feeling Pain for the Very First Time: The Normative Knowledge Argument*, *Philosophy and Phenomenological Research* (2010); 80(1): 20-49
 - 25 Formosa P., *The Role of Vulnerability in Kantian Ethics*, in: Mackenzie C. et al. (Hrsg.), *Vulnerability*, OUP, Oxford (2014), S. 88-109, S. 89
 - 26 Anderson J., *Autonomy and Vulnerability Intertwined*, in: Mackenzie C. et al. (Hrsg.), *Vulnerability*, OUP, Oxford (2014), S. 134-161, S. 135
 - 27 Goodin R., *Protecting the Vulnerable*, Chicago UP, Chicago (1985), S. 34
 - 28 vgl. Sedmak C., *Armutsbekämpfung*, Böhlau Wien (2013), S. 70-75
 - 29 Bourdieu P., *The Forms of Capital*, in: Richardson J. (Hrsg.), *Handbook of Theory and Research for the Sociol-*

- ogy of Education*, Greenwood Press, New York (1986), S. 241-258 (das Original erschien 1983)
- 30 vgl. zu Auswirkungen auf Zahngesundheit und die Fähigkeit, mit dem eigenen Gebiss umzugehen: Bolgüel S. et al., *Congenital Insensitivity to Pain: A Case Report with Dental Implications*, *HK J Paediatr* (2010); 15: 234-237; zu orthopädischen Auswirkungen vgl. Baron E. et al., *Congenital insensitivity to pain. Orthopaedic Manifestations*, *J Bone Joint Surg* (2002); 84: 252-257
- 31 beispielsweise Anderson C. A., *An update on the effects of playing violent video games*, *Journal of Adolescence* (2004); 27: 113-122
- 32 Leknes S., Bastian B., *The Benefits of Pain*, *Review of Philosophy and Psychology* (2014); 5: 57-70
- 33 Huxley A., *Brave New World*, New York, Harper&Row (1989), S. 245-247

Claudia Bozzaro

Eine Phänomenologie des Schmerzes

A phenomenology of pain

Zusammenfassung

Dieser Beitrag skizziert eine Phänomenologie des Schmerzes im Hinblick auf vier Dimensionen menschlicher Existenz: Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Intersubjektivität und Selbsterleben. Das Erleben physischer Schmerzen aus der Innenperspektive des Leidenden soll dabei möglichst präzise und umfassend zur Sprache gebracht werden. Im Text wird daher nicht in erster Linie auf wissenschaftliche Analysen des Schmerzes Bezug genommen, es werden vielmehr literarische Schmerzdarstellungen und Erzählungen von Schmerzpatienten zugrunde gelegt.

Schlüsselwörter: Schmerz, Leiblichkeit, Zeitlichkeit

Abstract

This article outlines a phenomenology of pain in terms of four dimensions of human existence: corporality, temporality, inter-subjectivity, and self-experience. The experience of pain will be presented and comprehensively addressed from the perspective of the person who suffers. The text, therefore, takes into account not only scientific descriptions of pain but also literary descriptions and reports from patients in pain.

Keywords: pain, corporality, temporality

Dr. Claudia Bozzaro
Institut für Ethik und Geschichte der Medizin
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Stefan-Meier-Str. 26, D-79104 Freiburg
bozzaro@egm.uni-freiburg.de

Einleitung

Das Thema Schmerz hat aktuell Hochkonjunktur. In Anbetracht der ständig wachsenden Zahl chronischer Schmerzpatienten, aber auch onkologischer Patienten und hochbetagter Menschen ist dies nicht verwunderlich. In den meisten Beiträgen zum Thema Schmerz werden Zahlen über und rund um den Schmerz vorgestellt und besprochen, es wird darüber geschrieben, wie Schmerzen – aus medizinischer, psychosomatischer, psychologischer usw. Perspektive – zu verstehen sind, welche Funktion, Bedeutung oder welchen Sinn sie haben könnten. Nicht zuletzt werden Umgangs- und Bewältigungsstrategien vorgestellt. Doch nur selten wird einfach einmal dargestellt, *wie* Schmerzen sind: *Wie* ist es, Schmerzen zu haben, *wie* fühlen sie sich an, *wie* werden Schmerzen erlebt?

Als Antwort auf diese Fragen soll in diesem Beitrag eine kleine Phänomenologie, eine einführend-deskriptive Darstellung des Schmerzerlebens, versucht werden. Dabei wird das Schmerzerleben in Bezug auf vier unterschiedliche Aspekte angegangen: Leiblichkeit, Zeitlichkeit, Intersubjektivität und Selbsterleben. Es geht um die Schilderung dessen, was im Schmerz passiert, was der Schmerz bewirkt – und zwar aus der Innenperspektive. Dabei steht unweigerlich die Person im Zentrum, die den Schmerz erleidet. Über Schmerzen als abstrakte Entität zu sprechen, macht nur bedingt Sinn und kann unter Umständen sogar gefährlich werden. Schmerzen gibt es nicht losgelöst von einem Lebewesen, Schmerzen werden erlebt und erfahren. Natürlich ist es möglich, in einem übertragenen oder metaphorischen Sinn auch von einem „Welt-schmerz“ zu sprechen. Aber dabei handelt es sich eben um eine Übertragung, die im Folgenden nicht berücksichtigt werden soll. Wer über den Schmerz etwas aussagen will, muss stets vor Augen haben, dass Schmerzen immer die individuellen, besonderen Schmerzen einer bestimmten Person sind. Um dem Rechnung zu tragen, werden sich die folgenden Ausführungen nicht nur auf theoretische, wissenschaftlich fundierte Beschreibungen des

Schmerzes stützen, sondern ebenso auf literarische Darstellungen des Schmerzerlebnisses und nicht zuletzt auch direkte Aussagen von chronischen Schmerzpatienten einbeziehen. Diese Zeugnisse werden meinen Text immer wieder auf- und unterbrechen. Sie dienen nicht nur der Selbstvergewisserung und Untermauerung des Gesagten. Vielmehr gewähren sie unmittelbare Einblicke in eine Realität, die sich ein relativ gesunder, weitgehend schmerzfreier Mensch nur schwer vorstellen kann und die letztlich keine Theorie gebührend zu erfassen vermag. Darunter sind Dokumente des persönlich Erlebten, die chronische Schmerzpatienten dankenswerterweise zur Verfügung gestellt haben.¹

1. Der Leib im Schmerz

Der kurze Schmerz

Ein ungestörtes Verhältnis zum eigenen Leib zeichnet sich normalerweise dadurch aus, dass der eigene Körper nicht bewusst wahrgenommen wird. Er wird zwar ständig beansprucht, mal in passiver Weise, wie z. B. im Schlaf, mal aktiv, wie beim Sport, er wird eingesetzt, um Handlungen auszuführen, um mit anderen Menschen zu kommunizieren und um mit der Umwelt zu interagieren. Doch dabei werden der eigene Körper oder einzelne seiner Teile nicht bewusst wahrgenommen. Steht man beispielsweise auf, um einen Kaffee zu holen, ist die Aufmerksamkeit gerade nicht auf die einzelnen Bewegungen gerichtet, die auszuführen sind, um sich vom Stuhl zu erheben, in die Küche zu gehen und Wasser aufzusetzen. Diese Bewegungen vollziehen wir sozusagen automatisch. Der eigene Körper ist immer anwesend, aber er bleibt in eigentümlicher Weise verborgen. Aus dieser Verborgenheit wird er durch den Schmerz herausgerissen.

Der größte Teil des Körpers spricht nur, um zu leiden. (Paul Valéry, Cahiers/Hefte)

Stellen Sie sich vor, Sie spazieren an einem warmen Sommernachmittag barfuß am Strand entlang. Sie genießen die warmen Sonnenstrahlen, die Meeresbrise und beobachten die Möwen

am Himmel. Plötzlich spüren Sie einen Schauer durch Ihren Körper fahren, Ihr Gesicht nimmt einen verzerrten Ausdruck an, Sie lassen unwillkürlich einen Schrei los und heben reflexartig Ihr Bein: Eine Glasscherbe hat sich tief in Ihren Fuß hineingebohrt. Während Sie beim Laufen automatisch ineinander übergehende, zielgerichtete Bewegungen vollzogen hatten, ist die Bewegung, die der Schmerz auslöst, nicht intentional, im Sinne von gewollt und bewusst gesteuert, sondern hat den Charakter eines Reflexes. Ein Reflex, der Flucht, Rückzug und Ablehnung zu signalisieren scheint. Nach dem Einbruch des Plötzlichen, nach dem Schock, lässt der erste akute Schmerz langsam nach. Die Glasscherbe wurde aus Ihrem Fuß entfernt, die Wunde versorgt. Es tritt nun ein zweites Moment der Schmerzerfahrung ein: das Verletztsein. Der akute Schmerz wandelt sich in einen diffuseren und anhaltenden Schmerz, der die Information im Körper weiterträgt: *Ich bin verletzt worden. Die Verletzung am Fuß rötet sich und schwillt an. Auf physiologischer Ebene laufen außergewöhnliche Prozesse ab, die zur Schließung und Heilung der Wunde beitragen sollen. Der Schmerz ist nun zu einem Zustand geworden, der in Ihrem Körper abläuft und von dem Sie sich deshalb nicht distanzieren können. Sie versuchen wieder zu laufen, doch bei jedem Schritt meldet sich der Fuß mit einem Stechen. Sie sind sich plötzlich ganz sicher, dass Sie einen Fuß haben! Den Fuß, den Sie täglich zum Laufen einsetzen und dabei nie eigens wahrnehmen, drängt sich wie ein fremder Eindringling in Ihr Bewusstsein und erinnert Sie penetrant daran, dass er ein Teil von Ihnen ist, dass Sie Rücksicht auf ihn nehmen müssen, sonst wird er sich sogleich mit dem nächsten schmerzvollen Stich rächen. Vielleicht nehmen Sie jetzt Ihren Fuß als ein fremdes Objekt wahr, das an Ihnen „hängt“, obgleich Sie es gerne wegstoßen würden, denn es tut Ihnen weh! Aber es ist eben Ihr Fuß.*

...es ist da etwas, das ist von mir und doch nicht von mir – anders als ich in mir. Unabweisbar wie ich. Und eine Art anderes Ich, welches das Ich bekriegen will – ein

Empfundenes, das alles andere zu vernichten trachtet... (Paul Valéry, Cahiers/Hefte)

Der Schmerz wird als etwas empfunden, das nicht sein soll, das vergehen soll, weil er weh tut. Doch ein Rückzug von ihm ist nicht möglich, denn der Schmerz ist Teil des eigenen Körpers, der eigenen Leiblichkeit und somit Teil von einem selbst geworden.²

Ich habe mir erlaubt, Sie, den Leser oder die Leserin, bei diesem Beispiel direkt anzusprechen, denn eine vergleichbare Erfahrung dürften die meisten von Ihnen bereits mehrmals im Leben gemacht haben: Die Erfahrung eines unerwarteten, plötzlichen Schmerzes, der unmittelbar die Leibgebundenheit der eigenen Existenz erfahren lässt. Meistens sind solche Schmerzerlebnisse von begrenzter Dauer. Sie können zwar einen momentanen Bruch oder eine Störung im Lebensalltag herbeiführen, auch eine momentane Veränderung der eigenen Leibwahrnehmung. Doch nach einem meist absehbaren Zeitraum gelangt alles wieder zur Normalität. Die Schmerzen hinterlassen womöglich eine Wunde, ansonsten aber können sie gut in den weiteren Lebensverlauf integriert werden.

Der chronische Schmerz

Doch was passiert, wenn der Schmerz kein kurzer, vorübergehender Schmerz ist, sondern ein permanenter, einer, der immer wieder kommt? Die Erfahrung von chronischen Schmerzen ist keine Erfahrung, die sich ohne weiteres verallgemeinern lässt wie Erfahrungen von kurzen Schmerzen. Betroffen sind allerdings auch nicht wenige Menschen – im Gegenteil: Millionen von chronischen Schmerzpatienten, onkologischen Patienten und älter werdenden Menschen leiden darunter. Sie erleben einen Schmerz, der eine massive Veränderung in allen Bereichen ihrer Existenz bewirkt, angefangen bei der eigenen Leiblichkeit.

...aber was wisst ihr von Schmerzen, was kennt ihr von all den kleinen Tricks, die man ausführen muss und die einem den ganzen Geist in beschlag nehmen, in einer solchen Position zu sitzen, das Bein gerade auf diese Art

legen, so die Kleider anziehen, da die Glieder auf genau diese Art ruhen können, all das, kennt ihr die Schlaflosigkeit, kennt ihr den Schlaf, der eigentlich Schlaflosigkeit ist, bloß überdeckt und nie erfrischend, weil der Schmerz wie ein dumpfer cantus firmus nicht von Schlafmitteln gelöscht werden kann... (Peer Hultberg, Requiem.)

Ein lang anhaltender Schmerz an einer beliebigen Körperstelle fördert meistens Fehlhaltungen, Muskelverspannungen, Versteifungen und somit das Aufkommen weiterer „Schmerzherde“. Wenn mal nicht das Bein weh tut, so zieht es im Rücken. Wenn es im Kopf nicht hämmert, dann sticht es im Nacken. Der eigene Körper macht nicht mehr das, was von ihm erwartet wird, was man ihm befiehlt. Im Gegenteil: Er entwickelt ein Eigenleben. Dass wir über unseren eigenen Körper verfügen können, ist für die meisten Menschen eine Selbstverständlichkeit. Erst kranke, schmerzgeplagte oder alte, gebrechliche Menschen machen die leidvolle Erfahrung, dass sich dieses als normal erlebte Leibverhältnis radikal umkehren kann, dass man selbst zum Sklaven des eigenen Körpers werden kann.³ Dabei interessiert es den Schmerz nicht, welche Pläne oder Aufgaben, welche Interessen oder Wünsche man hat. Es interessiert ihn genauso wenig, was die eigene Familie, der Vorgesetzte und die Kollegen, Freunde und Bekannten denken, meinen, wollen. Wenn er wüten will, dann wütet er.

Patientin: Andrea Müller

Gut, es war dann im Laufe der Jahre einfach so. Es war halt eine deutliche Progredienz und ich musste eigentlich so eins nach dem anderen von den Dingen, die für mich wichtig waren, die mir Spaß gemacht haben, ja – die gingen dann nicht mehr. Also Sport musste ich aufhören, Gitarre spielen, Musik machen und diese ganzen Dinge. [...] Was dazu kam, war eben das Berufliche. Ich habe dann nur noch halbtags arbeiten können. Und das war aber noch in Ordnung. Das ging dann auch noch soweit und das war auch wichtig. Und nach zwei Jahren war das aber so, dass der Arbeitgeber mir dann gekündigt hat. Was auch noch einmal ein ziemlicher Einschnitt war.

Der schmerzgeplagte Körper ist längst nicht mehr ein Medium, durch das ein Mensch mit der Welt interagieren kann, Arbeiten verrichten oder an Aktivitäten teilnehmen kann. Es ist nicht mehr der Körper, mit dem man selbstverständlich auf andere Menschen zugeht. Es ist ein geplagter Körper, den man nicht selten vor den Anderen verstecken will. Das gelingt jedoch gerade während einer Schmerzattacke nicht. Im Gegenteil, bei einer heftigen Schmerzattacke hat sich der Schmerzleidende nicht mehr unter Kontrolle und *volens nolens* drängt sein Inneres nach Außen und wird somit für alle sichtbar. Die Intimität wird aufgebrochen. Scham ist ein Gefühl, das Schmerzpatienten gut kennen.

Der Körper des Schmerzleidenden ist ein Körper, der nicht mehr unmittelbar für Eindrücke von Außen offen ist. Wenn der Migräneschmerz akut ist, soll am besten gar nichts die fünf Sinne affizieren. Berührungen – und seien es die eines geliebten Menschen – können unangenehm bis qualvoll sein. Der eigene Körper wird zu einer Mauer, ein Zaun bestückt mit Stacheldraht, eine eisige Wand, die einen einsperrt und von alledem, was bisher das Leben ausgemacht hat, fern hält, entfremdet. Der Schmerz reduziert die Person auf ihren physischen Körper, einen Körper, der als Feind, Gegner, Eindringling erlebt wird.

Wenn nicht nur ein Teil des Körpers schmerzt, sondern der gesamte – wie es bei Fibromyalgiepatienten, aber auch bei älteren Menschen der Fall sein kann –, so ist es möglich, dass dieser Entfremdungsprozess zu einer völligen Ablehnung des eigenen Leibes führt, die in ein Ekelgefühl vor sich selbst mündet. Häufig, so die Beobachtung von Herbert Plügge, verlässt der Kranke dann seinen „Körper nach innen; er zieht sich zurück. In diesem Vorgang verwandelt sich der Leib, indem er immer mehr zurückbleibt, zur Hülle“.⁴ Aber es ist eine Hülle, die sich nicht einfach abstoßen lässt und von der man sich auch nur zeitweise distanzieren kann. Kommt ein akuter Schmerzschub, so gelingt nicht nur diese Distanzierung und Entfremdung nicht mehr, im Gegenteil, der Körper

ergreift dann die Übermacht über das gesamte Ich in einer unvorstellbaren Radikalität, die Harold Brodkey in seinem Essay *Schmerzkontinuum* eindrücklich beschrieben hat:

*Auf einmal und ohne wahrnehmbaren Übergang gleitet man – glitt ich – in eine graue, ölige, schumrig beleuchtete Hülle aus fast totalem Schmerz. Ich könnte sagen, meine missliche Lage nahm meine ganze Aufmerksamkeit dermaßen gefangen, dass mir jegliche vertraute Empfindung entfiel und abhanden kam, dass mir die Unmittelbarkeit der Schmerzlosigkeit abhanden kam. Schmerzlosigkeit schien unendlich weit entfernt. Ich befand mich im Schmerzkontinuum. [...] Noch war ich mir dessen nicht ganz bewusst – ich war einfach lose eingehüllt [...] in ein irgendwie öliges, schmutziges, halb durchsichtiges, gummiartiges Gefühl der Erschütterung und des Verlustes jeder normalen Verbindung zum Leben. Gewisse Bereiche der körpereigenen Logik setzen – zeitweilig – aus, so etwa die logische Erwartung, ja Gewissheit des nächsten Atemzugs oder der visuellen Wahrnehmung. De facto handelt es sich um den Zusammenbruch eines Großteils der gewöhnlichen Erwartungen, um eine Reihe von Adjustierungen: Schmerz bewirkt höllische Adjustierungen – sie erscheinen ganz und gar endgültig – im Schmerz ist man höllisch weit entfernt vom Licht Gottes. Dort kann man hassen. (Harold Brodkey, *Schmerzkontinuum*)*

Die Erfahrung eines totalen Schmerzes ist die Erfahrung eines kompletten Zusammenbruchs. Die Sinne schwinden, die Wahrnehmung der äußeren Welt löst sich auf, die Hoffnung verdampft, bis zuletzt das Ich überwältigt wird und ebenfalls verschwindet: Ohnmacht.

2. Die Zeit im Schmerz

Der Schmerz verändert nicht nur das leibliche Erleben, sondern auch das Erleben der Zeit. Normalerweise wird die Zeit als solche im alltäglichen Leben nicht als etwas Eigenständiges wahrgenommen. „Im Zustand der Normalität verhalten wir uns als kompetente Verwalter unseres Zeitkontos“,⁵ bemerkt Jean-Pierre Wils. Und tatsächlich: Wir planen, nutzen und investieren unsere Zeit.

Wir beziehen uns auf die Zukunft durch Pläne, Wünsche und Hoffnungen, die Vergangenheit bleibt in Form von Erinnerungen zurück. Die Gegenwart ist unbeständig: Entweder ist sie noch nicht da, oder sie ist schon nicht mehr. Am ehesten erfahren wir die Zeit als Zeitfluss, als eine Bewegung, die wir nicht explizit wahrnehmen, da sie in einem unmittelbaren Verhältnis zu unserem Leben bzw. zu dem, was wir erleben, steht. Wir Menschen beziehen uns auf das Erlebte, auf die Arbeit, auf Begegnungen, auf Gedanken, auf das Erhoffte oder das Erinnernte, nicht aber auf die Zeit. Dieses „Nicht-Erleben“ der Zeit ändert sich massiv durch den Schmerz, vor allem durch den chronischen, nicht vergehenden Schmerz. „[...] in der Schmerzerfahrung bleibt uns der Zugang zu diesem Zeitkonto verwehrt. Es ist bis auf weiteres gesperrt.“⁶

In zeitlicher Hinsicht bewirkt der Schmerz zunächst einmal eine plötzliche Unterbrechung. Für einen Augenblick wird ein Mensch herausgerissen aus dem Ablauf des Alltags. Der Schmerz, erst recht wenn er akut ist, lässt ihn gebannt an einem Punkt verharren, von dem er nicht zu entkommen vermag. Im Schmerz ist die gesamte Aufmerksamkeit auf die schmerzende Partie des Körpers gerichtet, diese tritt hervor und zwingt den Betroffenen zu einer permanenten Auseinandersetzung mit ihr. Je intensiver und anhaltender der Schmerz ist, desto unausweichlicher die Konfrontation. Dabei gehen sowohl der Ausblick in die Zukunft als auch der Rückblick in die Vergangenheit verloren. Der Betroffene ist im Schmerz gefangen und damit in einer negativen Gegenwart, die nicht vergeht.⁷

Doch was geschieht, wenn der plötzlich eingetretene akute Schmerz andauert, statt zu vergehen? Was geschieht, wenn er chronifiziert? Das Wort „chronisch“ geht zurück auf das Griechische *chronos*, die „Zeit“. Medizinisch wird der „chronische Schmerz“ in Bezug auf die Dauer seines Bestehens bestimmt. Es ist aber auch möglich, die Chronizität in Bezug auf das Erleben des Schmerzes zu deuten: Der chronische Schmerz ist nicht nur ein Schmerz, der etwas länger dauert. Er ist gerade aufgrund der

Zeitkomponente etwas völlig anderes als ein akuter Schmerz, nämlich ein komplexes Leiderlebnis.

Der Schmerz hält zwar in der Gegenwart fest, weist aber zugleich auf die Zukunft hin, denn jeder Schmerz wird *per definitionem* als ein nicht-sein-sollender empfunden, was bedeutet, dass er die Negation seiner selbst und den Verweis auf das Andere seiner Selbst in sich trägt. Auf zeitlicher Ebene zeigt sich der Bezug auf das Andere durch die Sehnsucht, durch das gespannte Herbeisehnen einer schmerzfreien Zukunft. Im chronischen Schmerz ist der Impuls des ‚vergehe!‘, die Forderung nach sofortiger Beendigung des Schmerzes aber schlichtweg sinnlos: Er vergeht nicht und wird auch nie vergehen.⁸ Die Forderung nach der Erlösung von Schmerzen, die der Schmerzerfahrung als solcher inhärent ist, wird im chronischen Schmerz *ad absurdum* geführt. Während bei einem kurzen Schmerz der Gedanke an eine schmerzfreie Zukunft gerechtfertigt ist und dem Leidenden eine Perspektive und Hoffnung gibt, ist der chronisch Schmerzleidende lebenslänglich dazu verurteilt, in einer Gegenwart zu verharren, aus der heraus keine leidfreie Zukunft möglich ist. Die Zukunft des chronisch Leidenden ist versperrt. Er braucht sich nicht weiter in Geduld zu üben und abzuwarten, dass der Schmerz endlich vergehen möge. Dass er mit dem Warten aufhören muss, ist im Gegenteil eine der wesentlichen Einsichten, zu denen er schließlich gelangen muss. Gelingt ihm dies, so muss er einen Weg finden, sich das Unerträgliche soweit erträglich zu gestalten, dass er es in sein Leben einbinden kann. Der Betroffene muss das Nicht-sein-Sollende in seiner Wirklichkeit akzeptieren, obwohl ihm seine Erinnerung an die verlorene schmerzfreie Vergangenheit immer wieder die Möglichkeit einer schmerzfreien Existenz vorhält. Der Schrei des ‚vergehe!‘ muss unterdrückt oder ignoriert werden, um möglichst am Schmerz vorbei leben zu können und so noch ein Stück Freiheit zu bewahren. Die Alternative ist, am Schmerz zu verzweifeln und an ihm unterzugehen.

„Der heftige Schmerz, welcher das Schreien auspresset, lässt entweder bald nach, oder zerstört das leidende Subjekt.“ (Gotthold Ephraim Lessing, Laokoon)

Besonders tückisch ist bei chronischen Schmerzen die Tatsache, dass sie in ihrer Intensität variieren. Es kann Unterbrechungen geben, Phasen, in denen der Schmerz abnimmt, doch wann er abklingen und vor allem, wann er wieder zunehmen wird, ist für den Patienten meistens ungewiss, so dass jeglicher Versuch, ein möglichst strukturiertes Leben jenseits des Schmerzes zu führen, immer wieder aufs Neue zum Scheitern verurteilt ist.

Patientin Monika Roth

Also, ich kann nicht so drauflos wirtschaften oder wurschteln oder sagen: „Mensch, morgen machen wir das und dann machen wir das.“ Oder mich treffen, mit anderen Leuten. Schon spontan, also eher noch spontan, weil ich dann sagen kann: Jetzt kann ich diese Wanderung gerade mitmachen oder ich könnte jetzt auch anderthalb Stunden laufen. Oder: Jetzt habe ich gerade so Schmerzen mit den Knien und mit der Hüfte und mit dem Rücken, dass ich also nicht so viel laufe...

Die Zeit wird im Schmerz in einer pervertierten Form erfahren, nämlich als nicht vergehende Zeit. Das Drängen nach Heilung, die natürliche Gerichtetheit des Menschen auf die Zukunft hin, ist im Leiden gebunden, gefesselt, so dass ein Sich-Erstrecken in die Zukunft, durch Pläne, Wünsche und Hoffnungen, nicht möglich ist. „Der Leidende wird“, so schildert es Boris Wandruszka, „von etwas getroffen, was ihn bindet und an seiner freien und natürlichen Weiterentfaltung [...] hindert: Wie eine Eisenkugel hängt ein Widerfahrnis an ihm, das nicht vergehen will, sondern weiter seine Gegenwart und Zukunft in Beschlag nimmt.“⁹

Zusammenfassend kann festgehalten werden: Während wir normalerweise die eigene Leiblichkeit und Zeitlichkeit im Modus der Verborgenheit erleben – Leib und Zeit als Medien für den eigenen Lebensvollzug nutzen, ohne sie eigens zum Gegenstand der Wahrnehmung zu machen –, treten

sie im Schmerz aus dieser Verborgenheit heraus. Der Schmerz verursacht einen Bruch und reißt den Leidenden aus seiner Leib- und Zeitvergessenheit heraus; er zerreißt dadurch gewohnte Zusammenhänge und durchbricht die Kontinuität von Lebensabläufen.

3. Der Schmerz, das Ich und die Anderen

Der Schmerz, vor allem der chronische, ist eine totalisierende Erfahrung.¹⁰ Je nach Intensität und Dauer kann er zu einem mehr oder weniger drastischen Zusammenbruch zwischenmenschlicher Beziehungen und zur völligen Isolation des Leidenden führen. Der Schmerz kann zwischen der eigenen Realitätswahrnehmung und der Realität der Anderen eine unüberwindbare Mauer errichten, was sich nicht zuletzt anhand der Sprache zeigt.

Im Falle akuter Schmerzen ist der Schmerzleidende oftmals nicht einmal mehr in der Lage, seinen Schmerz zu artikulieren, außer vielleicht durch unkontrollierte, spontane Äußerungen wie einen Schrei oder einen verzerrten Gesichtsausdruck. Im Schmerzensschrei ist, wie Elaine Scarry bemerkt, das kommunikative Element derart auf ein Minimum reduziert, dass es für Andere schwer ist, eine angemessene Antwort darauf zu geben.¹¹

Im Fall chronischer Schmerzen ist der Schmerz durch seine kontinuierliche Präsenz allgegenwärtig und wird für viele chronische Schmerzpatienten zum einzigen Lebensinhalt.

Patientin Petra Andresen

Es beginnt ja damit, dass Sie vorrangig über Ihre Schmerzen sprechen. Sie merken, Sie haben nichts anderes mehr im Kopf. Dann kommt es, dass Sie sich zurückziehen, weil Sie nicht mehr viel machen können. Sie machen Ihre Arbeit. Das Wochenende findet im Bett statt. Es folgt wieder zunehmende Inaktivität, die natürlich ganz klar auch zu muskulärem Schwund führt und eigentlich ist das dann ein klassischer Werdegang, dass ein Schmerzpatient sich eben total zurückzieht.

Die Leidenden müssen über ihren Schmerz reden können, denn es ist für sie die einzige Möglichkeit einer Objektivierung und dadurch einer (gleichzeitigen) Distanzierung von ihren Schmerzen. Es ist leicht nachvollziehbar, dass dabei die Geduld und das Verständnis der Anderen – oftmals auch der behandelnden Ärzte – an ihre Grenzen kommen, da sie sich keine Vorstellung davon machen können, was es bedeutet, einem kontinuierlichen Schmerz ausgesetzt zu sein. Oft sind nicht die Schmerzen als solche das Schlimmste, sondern die Isolation.

Patientin Petra Andresen

Und – also das ist schon, also wie das soziale – das ganze Umfeld, im Arbeitsfeld und auch privat sich total verändert. Also Schmerzen, ein chronischer Schmerzpatient muss schon sehr auf sich aufpassen, weil da droht eine ganz große Isolation.

Und es ist einfach so, dass sich das Umfeld auch schützt. Der Schmerzpatient äußert sich. Und ich bin auch ein Mensch, der nicht nur immer das Schöne, sondern ich sage, wie es mir geht und ich schildere das auch in allen Farben. Und das belastet den Anderen zu sehr. Das können die wenigsten aushalten.

Der Schmerzgeplagte kann keinen normalen Lebensrhythmus mehr einhalten. Er muss seinen Beruf, seine Freizeitaktivitäten aufgeben. Er kann Erwartungen nicht mehr erfüllen. Er kann den verschiedenen Rollen, die jemand im privatem sowie im öffentlichen Leben – als Mitarbeiter, als Mutter, als Partner, als Beraterin usw. – einnimmt, nicht mehr oder nur noch in einer stark reduzierten Weise erfüllen. Das führt zu Rollenverschiebungen, unter Umständen zur Neustrukturierung des gesamten Familien- und Privatlebens, und zur Umverteilung von Aufgaben. Der Schmerzpatient muss sein Leben völlig neu erfinden. Er muss ein Leben mit und um den Schmerz herum gestalten. Dabei ist er stark abhängig von der Hilfe seiner Nächsten und von deren Bereitschaft, ihr Leben ebenfalls neu zu orientieren.

Patientin Anja Kaiser

Es gab sehr viele Streitereien, was ganz schlimm ist und das ist, was sicherlich jeder schon erlebt hat, dieses Garten, Blumen gießen, dann nimmst halt eine halbe Gießkanne, aber wenn dann kommt: „Um Gottes Willen, lass das stehen, du sollst ja nicht lupfen (heben) mit deinem Kreuz“ und deine Mutter hat einen Bruch und ist 40 Jahre am Schreibtisch, Wirbelsäulengeschädigt und du denkst dann: wenn meine Mutter mal pensioniert ist, entlaste ich sie, ha dann kommt die und sagt: „Lass das mal stehen, das mach ich. Du mit deinem Kreuz.“, da kommst Du dir vor wie ein unfähiger Krüppel. Du kommst dir unnützlich vor in der Familie, abartig und dieses – ich bin ja zu nichts mehr zu gebrauchen, das ist eine ganz gefährliche Einstellung, weil man glaubt sie.

Die Anderen können wichtige Begleiter im Schmerz sein. Sie können aber auch die Hölle sein: Gut gemeinte Ratschläge prasseln auf den Schmerzleidenden nieder und setzen ihn unter Druck. Die gut gemeinte Sorge des Anderen kann leicht in Überfürsorglichkeit und zur Entmündigung des Schmerzleidenden führen. Viele chronische Schmerzpatienten müssen ihren Beruf aufgeben und geraten dadurch auch noch in finanzielle Abhängigkeit. Auf Ämtern und vor Gutachtern muss ein Betroffener seine Schmerzen, die eigene physische und psychische Verfassung, die eigene Lebensgeschichte und die eigenen Lebensgewohnheiten offenlegen und darauf hoffen, dass er ernst genommen wird, dass er einen Anspruch auf staatliche Hilfe, auf Rente bekommt. Er muss sich dem Zweifel, wenn nicht gar dem Misstrauen völlig fremder Menschen aussetzen: Er könnte ja seine Schmerzen auch bloß simulieren. Vielleicht ist er ja nur zu faul, um zu arbeiten, vielleicht ist der Schmerz – den Andere ja nie direkt spüren können – nur eingebildet. Vielleicht müsste er doch einfach mal die Zähne zusammenbeißen, andere hätten es schließlich auch nicht leicht... Der Zweifel, immer noch nicht genug gegen den Schmerz unternommen zu haben, gar versagt zu haben, nistet sich auch bei dem Betroffenen selbst ein. Das Selbstvertrauen bröckelt.

Durch den Verlust von Aufgaben, dem erzwungenen Rückzug aus der Arbeit und aus sonstigen Aktivitäten machen sich bei vielen chronischen Schmerzleidenden ein Gefühl von Nutzlosigkeit breit und die Angst, den Anderen nur noch zur Last zu fallen.

Patientin Daniela Klein

Das ist dann schon schlimm, wenn du dann so denkst: Menschenskinder, so alt bist du gar nicht und auf einmal hat die Welt keine Verwendung mehr für dich. Und ich weiß dann echt nicht, was ich machen soll. Ich weiß es wirklich nicht. Mir fehlt mein Platz in dieser Welt.

Währenddessen nimmt das Leben der Anderen einen gewohnten Lauf: Sie erfüllen ihre Aufgaben, ihre Pläne und Wünsche, genießen das Leben und wollen dabei nicht gestört werden. Vor allem in Gesellschaften, in denen alles immer schneller, einfacher und besser gehen soll, die auf Funktionalität und Leistungsfähigkeit ausgerichtet sind, macht sich das Gefälle zwischen sozialen Erwartungen und dem, was ein chronisch Schmerzleidender leisten kann, für die Betroffenen schmerzlich bemerkbar.

Patientin Anna Wagner

Ein Aspekt [...] das trifft wahrscheinlich zu für jede Art von chronischer Krankheit – so doch die Erfahrung, dass Gesunde und Kranke doch in verschiedenen Welten leben. [...] Und das ist auch niemandes Schuld oder das will auch niemand so, das hängt in der Natur der Situation einfach. – [...] Weil bestimmte Erfahrungen kann man so auch gar nicht teilen, das kann man auch nicht erwarten, weil ja einfach der gesunde Mensch in einem völlig anderen Rhythmus auch lebt dann. Und eben der chronisch Kranke oder der – jetzt in dem Fall der chronisch Schmerzranke oder der – stirbt nicht, er wird aber auch nicht gesund. [...] – Und das hört nicht auf...

Die Schmerzpatienten sind die Zurückbleibenden. Die, welche auch andere zurückhalten. Sie

fallen aus sozialen Beziehungen und Arbeitsverhältnissen heraus. Aktivitäten und Beziehungen, die bisher das Leben ausgemacht hatten, fallen weg. Die Isolation, die Frustration, das Gefühl von Verlorenheit in einer Welt, in der sie keine Aufgabe mehr erfüllen, keine Bedeutung mehr zu haben scheinen und in der sich Hoffnungslosigkeit breit macht, die daraus erwächst, dass dieser Zustand sich nie verändern wird, treiben sie nicht selten an den Abgrund der Verzweiflung. Der chronische Schmerzpatient „stirbt noch nicht mal“! Es ist kein Ende, keine Erlösung in Sicht.

4. Der Schmerz, das Ich und die eigene Existenz

Solange man gesund ist, existiert man nicht. Genauer gesagt: man weiß nicht, dass man existiert. (Emil Cioran)

Der Schmerz lässt die leibliche und zeitliche Verfasstheit menschlichen Lebens zum Vorschein kommen. Er schneidet den Leidenden von seinem gewohnten Leben ab, hält ihn von den Anderen fern, zwingt ihn zur Isolation. Gefangen in seiner Einsamkeit und Verzweiflung kann ein leidender Mensch kaum umhin, sich der Frage nach dem Warum zu stellen.

Patientin Christa Schumacher

Und dann kommen eben noch die Gedanken dazu: Warum eigentlich? Warum habe ich das alles? Das ist manchmal gar nicht so einfach, das zu verstehen. Denn es ist ja nicht nur diese eine Geschichte. Ich bin ja schon in ganz frühen Jahren eben auch durch andere Krankheiten gebeutelt gewesen und das kann man dann irgendwann auch nicht mehr ertragen und fragt dann: Was habe ich bloß verbrochen, dass man so leben muss, wie ich lebe? Ich würde auch gerne noch auf die grüne Wiese gehen.

Die Frage nach dem Warum drängt sich unweigerlich auf, denn wir Menschen orientieren uns gewöhnlich an plausiblen Erklärungen und bedürfen stimmiger Sinndeutungen. Der chronische, nicht

enden wollende Schmerz, sprengt jedoch jede Form von Erklärung und Sinngebung. Medizinisch gesehen erfüllt er keine Funktion – anders als der akute Schmerz, der immerhin eine Warnfunktion hat. Er schützt auch das Leben nicht, er zehrt es vielmehr auf. Auch psychosomatisch bedingte oder erklärte Schmerzen sind nicht immer funktional, auch wenn ihnen allzu gerne eine Bedeutung zugeschrieben wird. Und so hinterfragt ein betroffener Mensch sich pausenlos, analysiert akribisch die eigene Biographie, das eigene Verhalten, die Umgebung. Mit Hilfe eines Therapeuten geht er auf die Suche nach jenem Trauma, jenem Fehlverhalten, das als Ursache für den Schmerz dienen könnte.

Bei einigen Menschen kann tatsächlich ein traumatisches Erlebnis als Ursprung des Schmerzes ausgemacht werden. Doch ist das eine sinnstiftende Erklärung? Bei anderen lässt sich natürlich auch etwas finden: Jemand sei in der Vergangenheit nicht achtsam zu sich selbst gewesen, habe nicht auf sich gehört. In diesen und ähnlichen Erklärungsversuchen verbirgt sich der verzweifelnde Versuch, die Kontrolle zu bewahren, und dies – wohl bemerkt – sowohl von Seiten des Patienten als auch von Seiten der Ärzte und Therapeuten. Wenn nicht davon ausgegangen werden kann, dass der Schmerz erklärt und somit kontrolliert werden kann, macht auch die Arbeit daran keinen Sinn mehr. Doch diese Situation ist durchaus zweiseitig: Dem Einen oder Anderen ist es sicherlich eine Hilfe, sich auf eine Veränderung des eigenen Verhaltens und der eigenen Lebensweise zu konzentrieren. Vielleicht bietet diese Haltung sogar eine Ablenkung vom Schmerz. Für Andere kann sich der Versuch, Erklärungen zu finden, fatal auswirken. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn jemand zur Überzeugung gelangt, er habe tatsächlich etwas falsch gemacht und dadurch den Schmerz selbst verursacht. Dann geht es um die eigene Verantwortung und letztlich Schuld für die eigene Misere. In den meisten Situationen müsste jedoch schlichtweg akzeptiert werden, dass letztlich keine Schuld in einem angemessenen und nachvollziehbaren Ver-

hältnis zu erlittenen Schmerzen steht. Das wiederum bedeutet, dass die Frage nach dem „Warum?“ oftmals nicht beantwortet werden kann, dass der Schmerz sich nicht nur der Kontrolle, sondern auch einer vordergründigen Sinnantwort entzieht. Verselbständigt sich schließlich der Schmerz und nimmt er – in seiner ganzen Unsinnigkeit und Sinnwidrigkeit – eine zentrale Stelle im Identitäts- und Selbsterleben eines Menschen ein, dann droht die gesamte Existenz sinnlos zu werden. Ein Suizid kann dann als die einzige, plausible Antwort auf den Schmerz scheinen.

Dem anscheinend Sinnwidrigen und Absurden dennoch einen Sinn abzugewinnen ist die erstaunliche Leistung, die einigen Schmerzleidenden dennoch gelingt. Den Schmerz im Sinne einer Reifung der eigenen Persönlichkeit, als Anstoß zu einer von Demut und Dankbarkeit geprägten Grundhaltung zu erleben und zu deuten, wie es Maria Schmitz beschreibt. Im Sinne einer Hoffnung wider alle Hoffnung soll ihr Zeugnis am Ende dieser kurzen Phänomenologie des Schmerzes stehen:

Patientin Maria Schmitz

Und Sinn des Schmerzes: es lehrt im gewissen Sinne eine Reue, dass man nicht so hochnäsiger wird (lacht). Weiß ich nicht, ich betrachte das dabei nicht als Strafe vom lieben Gott, dass er mich bestraft hat, dass das jetzt – warum ich und sonst keiner, sondern ich denke, es mäÙigt einen auch. Dass man, dass jeder ein Maß im Leben bekommt, und mit meinem kann ich dann gut umgehen, da möchte ich nicht mit vielen anderen tauschen.

Referenzen

- 1 vgl. www.krankheitserfahrungen.de (zuletzt abgerufen am 03.06.2015)
- 2 Eine ausführlichere Beschreibung der Leiblichkeitserfahrung im Schmerz findet sich bei Grüny C., *Zerstörte Erfahrung. Eine Phänomenologie des Schmerzes*, Würzburg (2004)
- 3 Zum Zusammenhang von körperlichem Leiden, Zeit und Altern: Bozzaro C., *Das Leiden an der verrinnenden Zeit. Eine ethisch-philosophische Untersuchung zum Zusammenhang von Alter, Leid und Zeit am Beispiel der An-*

- ti-Aging-Medizin*, Stuttgart/Bad Cannstatt (2014)
- 4 Plügge H., *Wohlbefinden und Missbefinden. Beiträge zu einer medizinischen Anthropologie*, Tübingen (1962), S. 69 (Hervorhebung im Text)
- 5 Wils J.-P., *Ars Moriendi: Über das Sterben*, Frankfurt am Main (2007), S. 85
- 6 ebd., S. 85
- 7 vgl. Fuchs T., *Zeit-Diagnosen. Philosophisch-psychiatrische Essays*, Zug (2002)
- 8 ebd., S. 35 f.
- 9 Wandruszka B., *Philosophie des Leidens. Zur Seinsstruktur des pathischen Lebens*, Freiburg (2009), S. 150
- 10 vgl. Grüny, siehe Ref. 2, S. 34 f.
- 11 Scarry E., *Der Körper im Schmerz. Die Chiffren der Verletzlichkeit und die Erfindung der Kultur*, Frankfurt am Main (1992), S. 12; vgl. dazu auch Dietrich J., „Ich habe Schmerzen“. *Anthropologische Grundlagen des Verhältnisses von Schmerz und Sprache*, in: Ingensiep H.-W., Rehbock Th. (Hrsg.), *„Die rechten Worte finden...“ Sprache und Sinn in Grenzsituationen des Lebens*. Würzburg (2009), S. 107-122

Monika Feuchtner, Marion Stoll

Kommunikation und Ethik im Pflegeheim: eine qualitative Erhebung

Communication and ethics in nursing homes: A qualitative survey

Kommunikation spielt in der Pflege eine tragende und prägende Rolle.¹ Der Mensch ist ein soziales Wesen und damit wesentlich angewiesen auf Kommunikation. Die Kommunikationsfähigkeit nimmt jedoch mit dem Alter aufgrund von Krankheit und Gebrechlichkeit ab, sie wird störungsanfälliger. Dieser Verlust muss im Pflegeheim durch die Pflegenden kompensiert werden. Als soziales Wesen braucht der Mensch die Interaktion mit anderen Menschen, im Besonderen in den vulnerablen Phasen seines Lebens. Kommunikation befähigt den Menschen, Beziehungen aufzubauen und zu unterhalten. Sie zeichnet sich durch Vielschichtigkeit und Variabilität aus: Das Sich-Mitteilen erfolgt verbal, aber auch auf nonverbaler Ebene wie etwa der Körpersprache.

Die vorliegenden Ergebnisse sind Teil einer breiter angelegten Untersuchung zum Thema „Ethische Aspekte des Schmerzmanagements anhand der Praxis in ausgewählten Pflegeheimen von SeneCura“. Ziel des Forschungsprojektes war, die ethische Dimension der Schmerzbehandlung vor allem unter den Aspekten von Sinngebung, Geborgenheit und Sicherheit zu evaluieren. Die Datenerhebung wurde in drei Pflegeheimen der SeneCura Kliniken- und HeimebetriebsgmbH durchgeführt. Mittels Methoden der qualitativen Sozialforschung² wurden die Sicht- und Handlungsweisen der befragten Pflegepersonen im Hinblick auf die ethischen Aspekte des Schmerzmanagements ermittelt.

Drei episodische Interviews mit Wohnbereichsleiterinnen sowie drei Gruppendiskussionen mit Pflegenden³ ermöglichten verschiedene Blickwinkel auf das Pflegegeschehen, wodurch soziale Wirklichkeit abgebildet und Prozesse⁴ re-

konstruiert werden konnten. Es stellte sich dabei heraus, dass der Bereich der Kommunikation für die Pflegenden zentral ist: Dies zeigte sich in der Häufigkeit, mit der das Thema in Interviews und Gruppendiskussionen vorkam und auch als Faktor mit hoher Relevanz bei zahlreichen anderen behandelten Themen genannt wurde. Wie kann Kommunikation zur Sinngebung, Geborgenheit und Sicherheit der Bewohner vor allem auch im Kontext des Schmerzmanagements beitragen? Mit welchen Herausforderungen oder Hindernissen sind Pflegenden in ihrem Bemühen um eine gute Kommunikation konfrontiert? Welche ethischen Dimensionen verbinden die Pflegenden mit sozialer und kommunikativer Kompetenz?

Die Ergebnisse der Auswertung⁵ wurden in einem Zwischenbericht dargestellt. Dieser enthielt auch Empfehlungen für Workshops in der zweiten Phase des Projektes. Zwei ausgewählte Workshops, darunter auch einer zum Thema Kommunikation, wurden jeweils in den drei beteiligten Häusern durchgeführt. Im Endbericht wurden schließlich die Workshops und deren Wirkungen evaluiert und weitere Empfehlungen erarbeitet. Die vorliegende Arbeit beschränkt sich auf ausgewählte Ergebnisse aus dem Themenkreis Kommunikation und Ethik.

1. Zur Kommunikation in der Pflege

Auch der betagte Mensch will als ein Du behandelt werden, entsprechend seiner Würde. Daraus ergibt sich eine ganz konkrete ethische Anforderung an den Pflegeberuf: die soziale Kompetenz. Gerade im pflegerischen Alltag ist diese Kompetenz auf verschiedenen Ebenen ständig gefordert, sei es in der unmittelbaren Pflege des Bewohners,

in der Kommunikation mit den Angehörigen oder auch innerhalb des Pflegeteams bzw. mit den unmittelbaren Vorgesetzten.

Gespräche mit den Bewohnern gehören gemeinsam mit der nonverbalen Kommunikation zum Pflegealltag und sind wesentlich: Sie verfolgen nicht immer ein spezifisches Ziel, ergeben sich oft einfach im Alltag und gehören zugleich zum wesentlichen therapeutischen Instrumentarium des Pflegeberufes, wie aus der Erhebung klar hervorging. Gesprochen wird über Banales und Schwerwiegendes, über Oberflächliches und Essentielles, zielorientiert oder nur plaudernd.

1.1 Eine tragfähige Pflege-Bewohner-Beziehung als Basis

Auch wenn das Gespräch nicht immer aus einer konkreten Absicht heraus erfolgt, so dient es in jedem Fall dazu, den Bewohner in seiner Individualität und Persönlichkeit besser kennen zu lernen und so eine tragfähige Pflege-Bewohner-Beziehung aufzubauen, wie die Pflegenden immer wieder hervorgehoben haben. Vor allem die konkrete Biografiearbeit sei hierfür sehr hilfreich, ja unabdingbar.

Sie beginnt bereits mit dem Einzug ins Heim. Auf diese Weise könne zumindest in einigen Punkten eine Kontinuität zum früheren Leben ermöglicht werden, berichten die Pflegenden. Aus der Lebensgeschichte des Bewohners könne man Wünsche, wie zum Beispiel Schlaf- und Essgewohnheiten, Körperpflege, Tagesrhythmus, Vorlieben beim Aufstehen, Lieblingsbeschäftigungen etc. ablesen. (vgl. F 100-102, A 278-279) Die Pflegepersonen stimmen sich täglich mit dem Bewohner über die zeitliche Planung seiner Gewohnheiten und Rituale ab: „Das ist ein tägliches Gespräch, das ist ein tägliches Vertrauen-Schaffen, das ist ein tägliches Rituale-Organisieren.“ (A 266-267) Die vereinbarten Abläufe werden in der Pflegeplanung vorgesehen und im Team besprochen. (vgl. A 293-295)

Häufig werden im Rahmen dieser Pflege-Bewohner-Beziehung Optionen angeboten und Ver-

einbarungen getroffen, um eine gewisse Führung des Bewohners zu seinem Wohl zu ermöglichen. Davon abweichende ad-hoc Entscheidungen der Bewohner werden dabei aber immer, wenn es möglich ist, respektiert. „Man versucht nachher, ihm die Möglichkeit als Optionen, ein paar Optionen zu geben, wo ER nachher entscheiden kann: ‚Die möchte ich.‘ Und es gibt ihm auch wahrscheinlich diese Genugtuung, dass er sagt, okay, jetzt habe ich entschieden.“ (B 324-327)

Nach etwa drei Wochen kennt man die wichtigsten Rituale des Bewohners. (vgl. F 352-353) Bei Bewohnern mit Demenzerkrankung dauert dies mitunter länger. (vgl. A 287-289) Später suchen die Pflegenden auch noch eine ruhige Stunde, um den Bewohner besser kennenzulernen. (vgl. C 393-394) Aufgrund des zeitlichen Drucks bleibt neben der normalen Pflegetätigkeit zu wenig Zeit, die Biografie zu ergründen. Dafür können spezielle Dienste in Anspruch genommen werden, in denen man sich ausschließlich der Bezugspflege widmet und die Wünsche des Bewohners in den Fokus nimmt. (vgl. B 366-368)

Zum besseren Verständnis von Reaktionen und Haltungen des Bewohners ist für die Pflegenden auch das Gespräch mit Angehörigen notwendig und hilfreich: „Für uns ist es wichtig, mit Angehörigen zusammen zu arbeiten und immer herauszufinden, warum jemand so reagiert, wie er reagiert.“ (B 269-271) Besonders dann, wenn der Bewohner selbst nicht mehr in der Lage ist, Auskunft über seine Biografie zu geben, sind Gespräche mit den Angehörigen unerlässlich. (vgl. E 1018-1019)

Gespräche ermöglichen es, möglichst gut und individuell auf die Heimbewohner einzugehen und sie gezielt zu fördern: Sie unterstützen die Motivation, aber auch das Kennenlernen ihrer Fähigkeiten, Stärken, Wünsche und Interessen: „... im Gespräch fangen die nachher ihre Wünsche zu äußern, was sie gern hätten, was sie lieber hätten.“ (B 346-347) Diese Wünsche können auch nonverbal geäußert werden.

Im Rahmen der aktivierenden Pflege bemühen sich die Pflegenden, die Bewohner auf der Grund-

lage vorhandener Fähigkeiten und Interessen gezielt zu fördern. Als integrierender Bestandteil zählt dazu häufig, dem Bewohner eine positive, hoffnungsvolle und optimistische Sichtweise zu öffnen, vor allem ihm zu helfen, einen Sinn im Leben, auch in einem Leben mit Leiden, zu entdecken. *„Das sagen wir ihnen. Wir sind froh, dass Du da bist. Du bist wichtig für uns. Und dann, wenn Bewohner fragen, warum bin ich wichtig für euch? Schau mal her, du hast jetzt gerade mit dem geredet, dem hat das gut getan. Oder, du hast ihn zum Lachen gebracht.“* (C 728-731) Für diese gezielte Förderung des Bewohners ist das Gespräch das Um und Auf.

Die in der Biografiearbeit ermittelten Stärken und Fähigkeiten eines Bewohners dienen unter anderem dazu, ihn im Rahmen der Pflege zu motivieren. (vgl. A 321-324, F 41-43) Gerade wenn die geistigen Fähigkeiten nachlassen, ist es wichtig, Reize zu kennen, auf die er anspricht. (vgl. C 393-397) Es werden entsprechende Tätigkeiten organisiert, kleinere Aufträge delegiert oder Verantwortung für bestimmte Dienste übertragen: *„Vor 14 Tagen haben unsere Damen Nusskipferl gebacken. Die Damen haben die Kipferl gebacken und die Herren haben zwei Tage vorher die Nüsse ausgelöst.“* (A 328-331)

In den Interviews stand die therapeutische Perspektive der Pflege-Bewohner-Gespräche zwar im Vordergrund, zugleich wurde deutlich, dass die Pflegenden selbst durch Gespräche mit Bewohnern eine Bereicherung erfahren können, etwa weil sie dadurch an der Erfahrung der älteren Menschen teilhaben können. *„Umgekehrt ist das für mich oft ein sehr großer Erfahrungswert, persönlich auch. Also da gibt es auch für uns einiges zum Mitnehmen von diesen Gesprächen.“* (A 653-655)

In den Workshops zeigte sich, dass Konflikte mit den Bewohnern primär dort auftreten, wo Heimbewohner verbal auf Distanz gehen, die Pflegenden gegeneinander ausspielen oder die Angehörigen einen Konflikt mit der Pflege über die Bewohner austragen, was sich auch auf die Beziehung zu denselben auswirkt.

1.2 Angehörige als Angelpunkt im Beziehungsdreieck

Die Familie ist das natürliche Umfeld jedes Menschen, das bei einer Veränderung der Lebensumstände nicht plötzlich wegfällt, sondern bis zu seinem Tod von großer Bedeutung ist. Auch nach dem Umzug ins Pflegeheim hört die Familie des Bewohners nicht auf, seine Familie zu sein. Deshalb ist im Pflegeheim die Integration der Familie des Bewohners – sofern diese vorhanden – ein wesentlicher Faktor für dessen Betreuung. Die Pflegenden wünschen sich, dass das Beziehungsdreieck Bewohner – Angehörige – Pflegeperson möglichst reibungslos und einvernehmlich funktioniert.

Wenn ein Bewohner ins Pflegeheim zieht, ist es wichtig, neben der Vertrauensbasis zum neuen Bewohner auch eine zu dessen Angehörigen aufzubauen. Dadurch können Konflikte schon von Anfang an präventiv entschärft oder sogar verhindert werden. Gespräche mit den Angehörigen ergeben sich meist von selbst: *„indem man gerade im Zimmer ist, gerade pflegt. Man stellt sich vor, Erstgespräch und dann geht es dann schon weiter.“* (E 1050-1051) Häufig wenden sich die Angehörigen mit ihren Fragen auch von selbst an die Pflegepersonen: *„Wie war denn der Papa heute? Wie war denn die Mama heute? Was hat sie gegessen? Hat sie es gegessen? Ja, super, fein!“* (...) *Und so kommt man dann ins Gespräch. Es ist nicht so, dass ich schreie: ‚Grüß Gott! Ich bin die Pflegehelferin. Kommen Sie einmal her bitte, wir haben Ihnen was zu sagen.‘ Sondern das passiert meistens im Zimmer.“* (E 1056-1060)

Einfühlsame Gespräche mit den Angehörigen nach dem Heimeinzug des Bewohners können für diese sehr heilsam sein: *„Vielleicht braucht die Angehörige auch ein bisschen Unterstützung, eine seelische, dass sie vielleicht auch ein bisschen mit jemandem reden kann, der in der Situation ist. Dass man auf das ein bisschen eingeht.“* (E 1024-1026) Die Angehörigen haben das Bedürfnis, dass jemand auf sie eingeht, ihnen zuhört. Viele haben ein schlechtes Gewissen, weil sie den Vater oder die Mutter ins Pflegeheim geben.

Werden diese Aspekte angesprochen, können Konflikte verhindert werden: *„Das ‚Wind aus den Segeln nehmen‘ sind oft zwei, drei Sätze. ‚Sie haben das Richtige getan.‘ ‚Sie haben den Vater lange genug gepflegt.‘ ‚Es war jetzt der richtige Augenblick.‘ Oder gleich am Anfang erklären: ‚Die Mutter wird vier Wochen brauchen, bis sie sich eingewöhnt. Und wir umgekehrt brauchen ca. vier Wochen, bis wir Ihre Mutter richtig kennen lernen.‘ Ich denke, dass das oft sehr viel auch an Angst nimmt.“* (A 498-502)

Die häufige, selbstverständliche Kommunikation verbessert die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden: *„Und je mehr man das Gespräch sucht, umso öfter kommen die Angehörigen natürlich auch. Und umso leichter wird das.“* (A 515-517) Darüber hinaus wird dadurch auch Krisensituationen vorgebeugt: *„(...) gewissen Sachen kannst du von vornherein schon aus dem Weg gehen, indem du wirklich mit den Angehörigen (...) kommunizierst (...) Dass du schon einmal ein bisschen was weißt von ihnen.“* (E 1134-1136) Dabei werden Gespräche nicht nur vonseiten der Pflegenden gesucht: *„Und die Angehörigen kommen zu uns und sagen: ‚Mir ist aufgefallen, meine Mama so und so‘ Und dann redet man darüber.“* (C 502-504)

Manche Angehörige möchten mehr in den Pflegeprozess eingebunden werden. Dabei ist es hilfreich, auf die persönliche Pflegeererfahrung der Angehörigen zurückzugreifen: *„Also, es gibt solche und solche. (...) Da muss man sie vielleicht einmal fragen: ‚Wie haben Sie das gemacht?‘ Vielleicht erwarten sie sich das ganz einfach, dass sie mit eingebunden werden in der Pflege.“* (D 1188-1191) Zur Aufrechterhaltung einer guten Kommunikation dienen nach einer ersten Pflegevisite – etwa ein Monat nach Eintritt des Bewohners – auch die regelmäßigen, zweimal jährlich stattfindenden Pflegevisiten. (vgl. B 776-779)

Dennoch kommt es immer wieder zu Konflikten mit den Angehörigen. In diesen Fällen sucht das Pflegepersonal das Gespräch mit den Angehörigen, um die Sachlage zu klären, Unstimmigkeiten auszuräumen und Vereinbarungen zu treffen: *„Da wird auf jeden Fall mit den Angehörigen gesprochen.“* (A 477-478) Wenn jedoch nicht mit der notwendi-

gen Bereitschaft und Offenheit auf beiden Seiten kommuniziert wird, können sich die Beziehungen emotional aufschaukeln und schließlich verhärten: *„Man bemüht sich ja von Anfang an mit Angehörigen, aber irgendwann wenn es nicht mehr passt, dann sagt man ‚Grüß Gott und Auf Wiederschaun!‘“* (D 1146-1147)

Für den Umgang mit Fehlern ist eine ehrliche und offene Kommunikation entscheidend: *„Man schaut wieder im Gespräch, wo der Fehler passiert ist. Man entschuldigt sich auch, wenn wir das in der Gruppe besprechen und herausfinden, dass es bei uns passiert ist. (...) Wir vereinbaren wieder ein Gespräch, reden wir nachher mit den Angehörigen. (...) Weil Fehler passieren überall, das muss man ehrlich zugeben und schauen, was man besser machen kann daraus.“* (B 808-815)

Bei schweren Konflikten können extra Pflegevisiten eingeplant werden: *„Wenn so was kommt, dann reagieren wir sofort. Dann vereinbaren wir einen Termin und machen wieder Pflegevisite.“* (B 776-778) Dabei werden die Probleme und die Erwartungen der Angehörigen besprochen und in einer schriftlichen Vereinbarung festgehalten, insbesondere dann, wenn die Erwartungen überzogen und vom Heim nicht erfüllbar sind. (vgl. B 780-782)

In einem weiteren Schritt können Gespräche mit den Angehörigen an die Leitungsebene abgegeben werden: *„Und wenn irgendwelche Unstimmigkeiten sind, dass sie nachher direkt auf uns, also Wohnbereichsleitung, auf Pflegedienstleitung und Heimleitung diese Gespräche weiterleiten. Und schon auf dieser Ebene funktioniert es nachher leichter. Auch mit den Angehörigen.“* (B 178-181, vgl. auch B 762-769)

1.3 Ausgleich durch das Team

Eine weitere Kommunikationsebene, die allerdings nicht im Fokus der Erhebung stand und auf die hier nicht detaillierter eingegangen wird, entfaltet sich in der Beziehung der einzelnen Personen innerhalb des Pflegeteams.

Generell berichten die Pflegenden von einer guten Zusammenarbeit im Team: *„Team ist extrem wichtig, gerade in dem Bereich. Reden kommen immer die Leute zusammen. Und Teamarbeit, das Schönste,*

Beste, Wichtigste, was es gibt. Ist so. Und wenn es mir einmal nicht gut geht, hilft die Kollegin und umgekehrt.“ (E 579-581)

Wie sich in einem Workshop herausstellte, gibt es jedoch trotz besten Willens von allen Seiten immer wieder Situationen, in denen Schwierigkeiten, die sich durch die Eigenheiten und verschiedenen Persönlichkeiten des Pflegepersonals ergeben, nicht direkt angesprochen werden und dadurch zu einer Belastung werden können.

Offene Gespräche innerhalb des Pflegeteams sind daher wesentlich: Sie schaffen ein angenehmes Arbeitsklima, dienen zur Besprechung und Aufarbeitung belastender Situationen und helfen zur gemeinsamen Lösungsfindung bei Schwierigkeiten und Problemsituationen.

2. Herausforderungen für die Kommunikation im Pflegealltag

Im Alltag zeigt sich, dass trotz der besten Grundvoraussetzungen und der prinzipiellen Bereitschaft von allen Seiten Kommunikation dennoch in eine Schieflage geraten kann. Die Arbeitslast, der Zeitdruck, die alltäglichen Herausforderungen der pflegerischen Tätigkeit, dazu noch kleinere Meinungsverschiedenheiten oder größere Konflikte können dazu führen, dass Kommunikation ungewollt in eine Einbahnstraße führt oder gar scheitert.

2.1 Der Faktor Zeit

Die Zeit stellt für die Pflegepersonen eine besondere Herausforderung dar: Prinzipiell besteht im Rahmen der Pflegetätigkeit ein großer Zeitdruck, der das Gefühl vermittelt, keine Zeit für Gespräche zu haben: *„Also ich habe nicht das Gefühl, ich habe Zeit. Das sage ich ganz offen. Ich habe das Gefühl nicht.“ (D 526-527)* Gespräche brauchen aber Zeit. Nicht immer kann man dafür Leerlaufzeiten nützen und auf Knopfdruck wichtige Gespräche provozieren. Dafür besteht vonseiten des Pflegepersonals große Sensibilität: *„Ich weiß nicht, ob ich jetzt jemanden so ad hoc, der mich fragt: ‚Erzählen Sie*

mir etwas von Ihrem Leben!‘ wirklich was erzählen will. Aber es entstehen im Laufe des Zusammenlebens – denn in einem Pflegeheim lebt man ja zusammen – kommen diese Erzählungen von selbst oft.“ (A 305-308)

Meist ergeben sich solche Gespräche – auch über schwerwiegende Themen – von selbst, ohne dass man sie geplant oder vorgesehen hat, immer wieder vielleicht auch dann, wenn man gerade wenig Zeit dafür hat. *„Solche Gespräche sind sehr häufig und passieren laufend. Das sind so Gespräche, die können bei der Körperpflege passieren. Gerade in solchen Momenten, wo man so viel körperliche Nähe zu einander hat.“ (A 639-641)*

Der Zeitdruck macht sich aus Sicht der Pflegenden vor allem dann bemerkbar, wenn sie jemandem Zeit widmen wollen, die von offizieller Seite nicht „vorgesehen“ ist. Denn bei der Berechnung des Pflegebedarfs und des Pflegeschlüssels werden Gespräche als spezifische pflegerische Leistung viel zu wenig berücksichtigt, wenn man sie etwa mit dem berechneten Pflegeaufwand für die Körperpflege vergleicht. Die vorgeschriebenen pflegerischen Pflichten decken sich oftmals nicht mit den Bedürfnissen der Bewohner.

Den Bewohnern Zeit für Gespräche zu widmen, betrachten die Pflegenden als durchwegs notwendig und gut. Auch wenn die Zeit knapp ist, wird zugunsten eines Gesprächs die Zeit bei anderen Tätigkeiten eingespart, da man die Erfahrung gemacht hat, dass eine so investierte Zeit sich auch auf viele andere Ebenen der Pflege auswirkt: *„Oftmals ist es vielleicht wirklich gescheiter, wenn du jetzt mit ihm ein Gespräch führst und nachher dafür die Körperpflege, nachher machen wir halt das Gesicht und vielleicht den Intimbereich, und den Rest / Dass vielleicht das Gespräch für ihn wirklich wichtiger ist als die Körperpflege.“ (F 407-410)*

Diese Einstellung ist so tief verwurzelt, dass, um diesem Anspruch gerecht zu werden, auch Überstunden zum Wohl des Bewohners in Kauf genommen werden: *„Und ich denke mir oft, lieber bleibe ich eine halbe Stunde länger. Gerade wie es am Abend oft ist, wenn du die Leute ins Bett tust, sie wollen re-*

den, (...). Ich schreib die Zeit nicht, es ist im Endeffekt nachher das, wo ich mir denke, ich hab ihm etwas Gutes getan.“ (F 558-562) Ein solches Verhalten mag vielleicht von besonderem persönlichen Engagement zeugen, kann die betreffende Pflegeperson jedoch in Bezug auf Burnout gefährden.

Als sehr gute Erfahrung erwies sich die Einführung eines Extradienstes, in dessen Rahmen sich solche Gespräche noch leichter ergeben und der Zeitdruck des Pflegealltags wegfällt: „Für diese Bezugspflege hat jeder Pflegehelfer im Monat extra Dienst acht Stunden. Also jeder von der Gruppe, vier Pflegehelfer, eine Schwester. Extradienst nicht jetzt im Rahmen des normalen Pflegedienst, sondern acht Stunden zusätzlich, wo er nur Bezugspflege hat. Und an diesem Tag werden diese Bewohner ‚verwöhnt‘ sagen wir.“ (B 359-363)

2.2 Pflegedokumentation: Überbordende Bürokratie vs. Qualitätssicherung

Jeder Bewohner hat das Recht, seiner Würde als Person entsprechend gepflegt zu werden. Diese ethische Dimension erlaubt es, die Pflegedokumentation auch als Dienst am Bewohner zu erkennen. Die Erhebung sollte zeigen, ob dies im Pflegealltag auch so gesehen wird.

In den Gesprächen spiegelt sich die allgemeine Wahrnehmung der Pflegedokumentation wider: Sie ist ein ebenso wichtiges wie umstrittenes Thema.

Zum einen empfindet das Personal die Dokumentation und aufwendige Pflegeplanung als Zeitfresser. Diese Zeit fehlt dann für die Bewohner als Leidtragende: „wir müssen viel zu viel dokumentieren. Und die Zeit fehlt dem Bewohner.“ (F 578-579) Durch die Dominanz der Dokumentation können die Pfleger in einen Zwiespalt geraten: „Mensch, muss ich jetzt das schreiben? Ich wäre jetzt lieber beim Bewohner.“ (C 786-787) Wichtiges soll dokumentiert werden, denken die Pflegepersonen, aber die Pflegeplanung sollte nicht so aufwendig sein. (vgl. C 780-781)

Die Pflegedokumentation kann auch zur wirklichen Belastung werden: „Sicher, es ist schon so, dass man sich sicher oft denkt, und ich bin mir ziemlich si-

cher, jeder denkt: ‚Muss ich schon wieder das und das eintragen.‘“ (E 606-608)

Einige Pflegende nehmen es auch als ein Zeichen mangelnden Vertrauens wahr, wenn sie alles dokumentieren müssen: „Dass es so Dinge gibt, dass Pflegepersonal dokumentieren muss, dass man einem Menschen Essen gegeben hat. Das tut manchen Pflegepersonen weh. Dass das Pflegepersonal so wenig Vertrauen hat, dass man sogar solche Dinge dokumentieren muss. Ja, rein rechtlich, wenn ich das nicht dokumentiere, hat dieser Bewohner den ganzen Tag kein Essen bekommen. Da habe ich ihn hungern lassen. Und dass unser Berufsstand so extrem wenig Vertrauen genießt.“ (A 971-976)

Andererseits wird die Dokumentation durchaus auch als positiver Impuls für die Verbesserung des Bezugs zum Bewohner wahrgenommen: „wenn Mitarbeiter bei der Pflege (...) so viele Beobachtungen machen können, die dann auch dokumentiert werden (...), dann habe ich einen anderen Bezug und ein anderes Verhältnis zu ihm.“ (A 445-450) Nicht zuletzt stellt die Dokumentation auch eine Absicherung für die Pflegenden dar: „Und im Endeffekt, wenn dann wirklich irgendwas ist, naja, dann ist man doch froh, dass man es halt doch eingetragen hat.“ (E 608-610, vgl. auch F 643-645) Besonders im Umgang mit den Angehörigen spielt die Dokumentation eine große Rolle, wobei dieser Nachweis „nicht immer, aber in den meisten Fällen“ (E 889-890) hilft. (vgl. E 895-901)

3. Ethische Dimensionen der kommunikativen Kompetenz

Ethische Kompetenz ist die Fähigkeit des Menschen, die moralischen Dimensionen des eigenen Handelns rasch zu erkennen, und die Bereitschaft, die Grundsätze nach eigenem Wissen und Gewissen umzusetzen.⁶ Die Pflegesituation ist in dieser Hinsicht eine ganz besondere: Sie kann dadurch charakterisiert werden, dass in der Beziehung zwischen Pflegendem und Pflegebedürftigem eine Asymmetrie besteht. Der Gepflegte ist von der Pflegeperson abhängig. Diese Asymmetrie müssen die Pflegenden durch Vertrauen, Respekt der Autonomie des Bewohners infolge der Achtung seiner

Würde und durch ein besonderes ethisches Verhalten überbrücken. Dies ist die spezifische ethische Herausforderung des Pflegeberufes.⁷

3.1 Grundsätze moralischen Handelns

In der Erhebung zeigte sich, dass Pflegende über kein bzw. wenig theoretisches Wissen über Ethik verfügen, doch findet sich eine ethische Sensibilität, die nicht durch Normen von außen entsteht, sondern in einer gewissen Innerlichkeit ihre Grundlage hat. *„Normalerweise sollte das jeder Mensch schon verinnerlicht haben. (...) Entweder du bist so oder du bist es nicht. Oder?“* (F 2294-2296)

Das Gewissen als ethische Instanz des Handelns wird von den Pflegenden anerkannt, eine Gewissensreflexion wird als ganz wichtig erachtet. *„Ich muss das mit meinem Gewissen natürlich vereinbaren können.“* (E 1922-1923) Sich moralisch zu verhalten ist nichts anderes, als auf das eigene Gewissen zu hören und sich danach zu richten. (vgl. E 1908-1927, E 2014) In einer Gruppendiskussion stieß die von einer Teilnehmerin genannte Goldene Regel – *„Was du nicht willst, dass man dir tut, das füge auch niemanden anderen zu“* (E 1880) –, auf Zustimmung.

Es zeigt sich zugleich die verbreitete Auffassung, das Gewissen sei nicht nur urteilende, sondern auch gesetzgebende Instanz: Das Gewissen lege quasi fest, was gut und schlecht sei. Die Notwendigkeit einer Suche nach objektiven Normen, die einzuhalten sind und die Verbindlichkeit der Moralgrundsätze begründen, wird dabei wenig reflektiert. Ethik wird von den Mitarbeitern vielfach rein subjektiv ohne Rückbezug auf objektive Kriterien definiert. Dass hier offenbar ein Widerspruch besteht, wird wahrgenommen, zugleich aber als quasi notwendig inhärent beschrieben. *„Was auch für mich richtig ist, ist oft für einen anderen nicht richtig. (...) Das ist für jeden anders, das ist individuell. Für den anderen ist zum Beispiel, jetzt das nicht ethisch vertretbar, wenn einer nackt auf der Straße spaziert. Der andere, der nackt spaziert, für den ist das normal. Das ist schwer zu beschreiben. Für den Mensch ist das normal, für den anderen ist das andere normal.“*

Es ist individuell. (...) Ich kann es nicht beschreiben.“ (E 1931-1943) Die prinzipielle Problematik, dass nicht jedweder (objektive) ethische Grundsatz ein-fachhin verschwindet, nur weil die subjektiven Zugangsweisen verschieden sind, konnte in der entsprechenden Gruppendiskussion nicht aufgelöst werden, sondern wurde eher verstärkt durch die Aussage, Moral sei *„auch von Kultur zu Kultur abhängig“*. (vgl. E 1929)

Moralisch richtiges Handeln ist den Pflegenden in ihrer Tätigkeit sehr wichtig. In der tagtäglichen Ausübung ihres Berufes folgen sie ihren Erfahrungen und ihrer Intuition, stellen sich jedoch immer wieder die Frage, ob das eigene Handeln das Richtige und das Gesollte ist. Diese ethische Reflexion lässt sich der Sollens- oder Prinzipienethik innerhalb der klassischen medizinischen Koordinaten von Autonomie und Menschenwürde, Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit einordnen.⁸

3.2 Ethische Haltungen

Die tugendethische Perspektive,⁹ bei der sich der Betrachtungswinkel über die eigentliche Handlung hinaus der handelnden Person zuwendet, ist, wie die Erhebung gezeigt hat, bei den Pflegenden weniger entwickelt. Der Begriff der Tugend als solcher wurde in den Einzelinterviews und Gruppendiskussionen nicht verwendet, doch wurde von Einstellungen und Haltungen gesprochen, die sich implizit auf Tugenden bzw. positive Charaktereigenschaften beziehen. Diese Beobachtung spiegelt auch die Geschichte der Pflegeethik wider, bei der bisher die tugendethische Perspektive ganz allgemein wenig beachtet wurde, wie E. Prat in seiner Hinführung zur Pflegeethik als Tugendethik aufgezeigt hat.¹⁰

Im Rahmen der Erhebung wurden mehrere Haltungen als vorteilhaft und hilfreich für die Pflege-Bewohner-Beziehung und die Kommunikation in ihren verschiedenen Facetten erwähnt. Sie wurden allerdings begrifflich nicht mit der Ethik verknüpft, also kaum unmittelbar mit ethischer Kompetenz in Verbindung gebracht.

Als eine wichtige Haltung wurde Empathie (im Sinne von Einfühlungsvermögen) und Organisationsstalent benannt. Gerade die Empathie hat für die soziale Kompetenz im Bereich der Kommunikation eine unbestrittene Rolle. *„Die Voraussetzung für diesen Beruf wäre für mich eine gewisse Empathie. Starke Persönlichkeiten, die sich selbst auch zurücknehmen können. Ich finde, dass man da einiges an persönlicher Stärke braucht, um sich zurückzuziehen. Persönlichkeiten, die beobachten können. Und Menschen, die sich selber gut organisieren können. Weil es oft so ist, wie Sie vorhin gemeint haben, man müsste an mehreren Stellen gleichzeitig sein. Und wenn man sich selbst nicht organisieren kann, kann man das dann in der Arbeit auch nicht.“* (A 829-935)

Weitere Haltungen, die aus Sicht der Pflegepersonen eine gute Pflege und gelungene Kommunikation erleichtern, sind Beobachtungsgabe und Wertschätzung (vgl. A 829-835, E 1230-1246), Hilfsbereitschaft, Reife, Lernbereitschaft, Offenheit (vgl. B 973-979), Stärke (vgl. A 831-832, siehe oben bei Empathie) und psychische Belastbarkeit. (vgl. F 1798, F 1792)

Besondere Bedeutung wird den Tugenden der sozialen und kommunikativen Kompetenz zugeschrieben, auch hier meist ohne unmittelbare Einbettung in einen weiteren ethischen Horizont: der Kontakt zu Menschen, die Gesprächsbereitschaft, Freundlichkeit, Höflichkeit und Zuvorkommenheit. *„Kontakt zum Menschen. Dass du darauf eingehen kannst, auf ihn zugehen kannst und reden kannst.“* (D 791-792; vgl. E 1246-1275, E 1250)

Betont wurde außerdem die Achtung des Schamgefühls im respektvollen Umgang mit der Intimsphäre der Bewohner. (vgl. E 223-251) Das Thema wurde in den Gesprächen öfters angeschnitten. Die Pflegepersonen haben verschiedene standardisierte Verhaltensregeln, um die Intimsphäre zu wahren: die Tür zu schließen, darauf zu achten, dass der Bewohner bedeckt ist, dass der Bewohner vorher gefragt wird u. a. m. (vgl. B 709-717)

Gerade bei diesem Beispiel zeigen sich im Besonderen die unterschiedlichen Blickwinkel der

Prinzipienethik und der Tugendethik: Die Handlung einer Pflegeperson, die um der Vorschrift willen die Tür schließt und den Bewohner bedeckt, unterscheidet sich vielleicht nach außen hin kaum von jener einer Pflegeperson, die aus Wohlwollen und Rücksichtnahme dieselben Handlungen setzt. Doch ist die Handlung der letzteren vielmehr ein Akt der Tugend, der sie selbst als Person tugendhafter macht, als die Handlung der ersten.

4. Schlussfolgerung: Hin zur Exzellenz in der Pflege

Die Pflegenden sind inmitten der Herausforderungen des Pflegealltags um das Wohlergehen der Bewohner bemüht. Moralisch richtiges Handeln ist ihnen wichtig, es fehlt ihnen jedoch das Wissen um die Geltung objektiver Normen, durch die sie ihr Handeln allgemeingültig bewerten könnten. Sie folgen in ihrer Arbeit häufig intuitiv den medizinethischen Prinzipien Autonomie und Menschenwürde, Fürsorge, Schadensvermeidung und Gerechtigkeit, orientieren sich aber nicht bewusst danach. Den Pflegenden sind menschliche Haltungen wichtig, die die soziale und kommunikative Kompetenz im Umgang mit Bewohnern und Angehörigen verbessern, sie verorten diese jedoch nicht im Bereich der Ethik im Allgemeinen oder der Tugendethik im Besonderen. Schwierigkeiten im Pflegealltag entstehen vor allem durch mangelhafte Kommunikation auf den verschiedenen Beziehungsebenen, durch fehlende Zeit für eingehende persönliche Gespräche und durch überbordende Bürokratie.

Die Ergebnisse der Erhebung zeigten, dass die Ethik der Kommunikation im Pflegeheim zahlreiche Felder des pflegerischen Handelns umfasst. Im Besonderen trägt die Tugendethik dazu bei, dass die Pflegepersonen im Pflegealltag in der Lage sind, ihr Tun nicht nur nach allgemeinen Regeln und Normen, sondern entsprechend der konkreten Situation eines Bewohners und seiner Bedürfnisse sowie auch mit Blick auf die Entfaltung der eigenen Person zu bewerten.¹¹ Sie sollte daher ein fixer

Bestandteil der Pflegeausbildung und der Weiterbildung sein. Durch das bewusste Fördern tugendethischer Haltungen im Alltag können Pflegende in der geriatrischen Langzeitpflege dem Bewohner wirkliche Begleiter, Coaches und Helfer werden.¹² Es geht darum, bereits vorhandene Stärken in diesem Bereich durch gezielte Fortbildung und Interventionen auszubauen, um die Exzellenz der Pflegearbeit zu steigern.

Für gute Kommunikation gibt es kein „fertiges Rezept“, das Anlernen von (äußerlichen) Techniken alleine genügt nicht, es braucht ein klares Erkennen der Situation sowie Handlungskompetenzen, die über ein bloßes Abspulen von Regeln hinausgehen. Im Kontext des Pflegeberufs ist es bedeutsam, dass Gespräche und Kommunikation sich nicht auf rein technisch-erklärbare Fakten reduzieren, sondern den Menschen in seiner Gesamtheit (mit seiner Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft, mit Verstand, Seele, Willen und Gefühlen) in den Blick nehmen. Die Pflegenden sollen in empathischer, wohlwollender und fördernder Weise auf Bewohner und Angehörige eingehen können. Neben pflegerischem Wissen ist dafür eine hohe soziale Kompetenz gefordert. Insbesondere für die Vermittlung von Sinn, Geborgenheit und Sicherheit im Rahmen des Schmerzmanagements ist kommunikatives Know-how notwendig. Die Frage gelingender Kommunikation ist stets auch mit der Frage verbunden, wie persönliche Fähigkeiten in diesem Zusammenhang erfolgreich eingesetzt und entwickelt werden können.

In einer Umgebung, die es ermöglicht und fördert, kontinuierlich an Exzellenz zu arbeiten, können laufend Haltungen verbessert, vorhandene Fähigkeiten aktualisiert und neue Fertigkeiten erworben werden. Die Entfaltung einer Vision für die Pflege und die Bereitstellung der notwendigen Bildungsinstrumente stärken pflegerische Kompetenz, Zufriedenheit, Selbstbewusstsein und Sicherheit im Handeln auf der Seite der Pflegenden sowie Geborgenheit, Wohlbefinden, Vertrauen und Sicherheit auf der Seite der Bewohner und ihrer Angehörigen.

Referenzen

- 1 vgl. Elzer M., Sciborski C., *Kommunikative Kompetenzen in der Pflege. Theorie und Praxis der verbalen und nonverbalen Interaktion*, Verlag Hans Huber, Bern (2007); Matolycz E., *Kommunikation in der Pflege*, Springer-Verlag, Wien (2009)
- 2 Der qualitative Forschungsansatz ist geprägt von Offenheit, Forschung als Kommunikation, Prozesscharakter von Forschung und Gegenstand, Reflexivität von Gegenstand und Analyse, Explikation sowie Flexibilität. In diesem Sinne kamen das qualitative episodische Interview sowie die Gruppendiskussion als Forschungsinstrumente zum Einsatz (Flick U., *Psychologie des technisierten Alltags*, Reinbek, 1995). Sie wurden anhand von halb-standardisierten Gesprächsleitfäden geführt, die eine Richtschnur für den Forscher, aber keinen rigiden Fragenkatalog darstellen (Lamnek S., *Qualitative Sozialforschung*, 5. Auflage, Beltz Verlag, Weinheim/ Basel (2010), S. 304-315).
- 3 Nach Qualifikationsniveaus aufgeteilt, nahmen an den drei Diskussionen insgesamt sechs diplomierte Krankenschwestern, acht Pflegehelferinnen und ein Pflegehelfer – manche mit Zusatzausbildungen wie Fachsozialbetreuung (Animation) und Aromatherapie – und drei Fachsozialbetreuerinnen teil. Im gesamten Forschungsprojekt wird nur von Aussagen von Frauen gesprochen, um auch die Anonymität des einzigen teilnehmenden Mannes zu gewährleisten.
- 4 Lamnek S., siehe Ref. 2, S. 30. Interview- oder Gruppendiskussionspassagen werden folgendermaßen zitiert: A 655-660. Der Buchstabe steht für ein Interview bzw. eine Gruppendiskussion, die Ziffern geben die Beginn- und End-Zeilenummer der zitierten Passage des jeweiligen Transkripts an. Die in den Ziffern vorkommenden Namen sind anonymisiert.
- 5 Die Datenauswertung wurde sowohl für die episodischen Interviews als auch für die Gruppendiskussionen mittels des Konzepts der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring vorgenommen (Mayring P., *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*, 11., aktualisierte und überarbeitete Auflage, Beltz, Weinheim/ Basel, 2010; Mayring P., *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken*, 5., überarbeitete und neu ausgestattete Auflage, Beltz, Weinheim/ Basel, 2002). Die so erhaltenen Daten beleuchten konkrete personale Sicht- und Handlungsweisen in der Welt der Pflege, stellen jedoch nicht den Anspruch auf Verallgemeinerung.
- 6 vgl. Maio G., *Mittelpunkt Mensch: Ethik in der Medizin. Ein Lehrbuch*, Schattauer, Stuttgart (2012), S. 1-21

- 7 Elzer M., Sciborski C., siehe Ref. 1, S. 161-163, 221-223;
Matolycz E., siehe Ref. 1, S. 168-173
- 8 Maio G., siehe Ref. 6, S. 23 ff, 119 ff
- 9 ebd., S. 47 ff
- 10 vgl. Prat E. H., *Exzellenz und Leadership in der Altenpflege. Ein tugendethischer Ansatz, Imago Hominis* (2012);
19(2): 115-128
- 11 ebd., S. 117
- 12 ebd., S. 120

Mag. Monika Feuchtner, IMABE
Landstraßer Hauptstraße 4/13, A-1030 Wien
feuchtner@imabe.org

FA Dr. Marion Stoll
Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Wien
Abteilung für Innere Medizin
Spezialgebiet Onkologie
Johannes von Gott Platz 1, A-1020 Wien
mstoll@imabe.org

Sterbebetreuung: Österreichs Parteien fordern mehr Geld für Hospiz und Palliative Care

Ausbau der Hospiz- und Palliativversorgung, Vereinfachung von Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht sowie eine Verbesserung der Ausbildung von Ärzten und Pflegenden in der End-of-Life-Care: So lasen sich die Hauptpunkte der Empfehlungen der parlamentarischen Enquete-Kommission „Würde am Ende des Lebens“ zusammenfassen. 51 Forderungen wurden Anfang März nach monatelangem Austausch mit mehr als 100 Experten dem Nationalrat übergeben, das Positionspapier wurde von allen sechs Fraktionen einstimmig beschlossen. Dies sei eine „große Willenskundgebung des Parlaments“, betonte die Vorsitzende der Kommission Gertrude Aubauer (ÖVP) anlässlich der Präsentation der Ergebnisse (Pressemitteilung, 3. 3. 2015). Nun gehe es um die rasche Umsetzung der Maßnahmen: Hospiz müsse leistbar, die Palliativversorgung flächendeckend und für jeden erreichbar sein. Konkret empfiehlt die Kommission, in den kommenden zwei Jahren jeweils 18 Millionen Euro zum Ausbau der Versorgung einzusetzen. Derzeit beträgt der Deckungsgrad an Hospiz- und Palliativversorgung österreichweit nur rund 50 Prozent, so die Experten.

Überraschend kam die ablehnende Reaktion der Regierung: Sowohl SP-Gesundheitsministerin Sabine Oberhauser als auch SP-Sozialminister Karl Hundstorfer ließen verlauten, dass ihre Ministerien dafür „kein Geld übrig“ hätten. Die Presse-Kolumnistin Gudula Walterskirchen hält dies für ein „demokratiepolitisch fatales Signal“. Es sei nicht die Aufgabe von Ministerien, Geld übrig zu haben, sondern Prioritäten zu setzen, wobei der geforderte Betrag im Verhältnis zu anderen Ausgaben vergleichsweise gering sei. Außerdem könnte durch eine professionelle Palliativmedizin, die auch rechtzeitige Therapiezieländerungen beeinflusst, Geld gespart werden. Sollten die Ministerien sich der Not der Patienten verweigern, wäre das der Beginn eines „Zwei-Klassen-Sterbens“, warnt Walterskirchen. Vermögensverhältnisse würden dann entscheiden, ob sich Sterbende ein geschultes Hospizteam und eine würdevolle Umgebung leisten könnten oder nicht.

Parlamentskorrespondenz Nr. 186 vom 03. 03. 2015, http://www.parlament.gv.at/PAKT/PR/JAHR_2015/PK0186/

Die Presse, 8. März 2015 (online)

Studie: Jungärzte sollten schon früh in ethischen Fragen ausgebildet werden

Worauf stützen sich Ärzte in ethischen Konfliktsituationen? Je jünger sie sind, desto höher ist der Stellen-

wert von Regeln und Leitlinien, je älter sie sind, desto mehr stützen sie sich auf ihre Erfahrung. Persönliche Werthaltungen und Charakterstärke spielen dabei eine entscheidende Rolle, sagt Kristján Kristjánsson, Professor für Charakterbildung und Tugendethik an der *University of Birmingham*. Diese würden aber in der medizinischen Ausbildung viel zu wenig eingeübt.

Gerechtigkeit, Ehrlichkeit, Urteilsvermögen, Freundlichkeit, Führungsqualität und Teamarbeit nannten die Mediziner als wichtigste Charaktereigenschaften eines idealen Arztes. Interessant: Charakterstärken wie Klugheit oder Nächstenliebe gingen in der 24-Tugend-Skala unter. 98 Prozent der Befragten gaben an, dass sie emotional in ihre berufliche Arbeit stark involviert sind. Ethisches Handeln ist nie bloß Anwendung von Regeln und Prinzipien, sondern eingebettet in emotionale Betroffenheit, ein berufliches Umfeld, Erwartungshaltungen – und auch in wirtschaftliche Vorgaben. Diese können unterstützend wirken, aber Ärzte auch moralisch unter Druck setzen. Beunruhigend ist für Kristjánsson, dass mehr als 20 Prozent der erfahrenen Ärzte häufige Schwierigkeiten angaben, ihren Beruf den eigenen moralischen Ansprüchen und Idealen gemäß auszuüben. Als Gründe nannten sie: zu wenig Zeit (zu beratschlagen, nachzudenken, im Umgang mit den Patienten), zu hochgeschraubte Ziele und schrumpfende Budgets.

In der Ausbildung würden angehende Ärzte nicht professionell unterstützt, Tugenden, also die konstante Umsetzung von Werten und Prinzipien in der Praxis, zu stärken, so die Autoren. Sie raten, für Studenten einen medizinischen Ethikunterricht einzuführen. Bloß Regeln oder allgemeine Prinzipien zu vermitteln, sei dabei nicht genug. Gerade weil die Medizin immer komplexer werde und die Verantwortungsbereiche wachsen, sei der Erwerb einer praktischen moralischen Weisheit (*phronesis*) wichtig, so Kristjánsson.

Virtues in Medical Practice, Research Report 2015

Bioedge, 3. April 2015 (online)

Euthanasie: Zahl der Tötungen auf Verlangen in Belgien so hoch wie noch nie

Die aktuellen Zahlen des belgischen *Euthanasie-Berichts 2014* zeigen einen neuen Rekordstand. Die Fälle von Tötung auf Verlangen/Assistierter Suizid stiegen seit der Legalisierung im Jahr 2002 von 24 Personen auf das 75-fache im Jahr 2013 mit 1.807 Fällen. Das sind täglich fast fünf Belgier. Die vulnerabelste Personengruppe sind ältere Menschen im Alter zwischen 60 und 90 Jahren: Sie machen 75 Prozent aller Fälle von „aktiver

Sterbehilfe“ aus. Die Entscheidung, sich töten zu lassen, war bei Krebskranken am höchsten (73 Prozent der Fälle). 99 Prozent aller Betroffenen werden mit einer Thio-pental-Injektion getötet, eine Substanz, die auch als Giftspritze zur Exekution bei Todesstrafe in den USA verwendet wird.

In Belgien ist Euthanasie seit 2002 straffrei, inzwischen wird sie auch bei Neugeborenen und Depressiven angewendet, seit 2014 können auch Minderjährige auf eigenen Wunsch getötet werden. 80 Prozent aller Euthanasie-Fälle finden im flämischen Landesteil statt. Im Jahr 2013 gaben die in Flandern befragten Ärzte an, dass sie bei 4,6 Prozent der Sterbenden den Tod aktiv herbeigeführt hätten (zum Vergleich: 2007 waren es 1,9 Prozent). Der assistierte Suizid, bei dem der Patient sich das tödliche Mittel selbst verabreicht, war mit einem Anteil von 0,05 Prozent sehr viel seltener, wie eine nun im NEJM publizierte Umfrage unter 6.188 flämischen Ärzten zeigt.

Auch dort, wo nur die Beihilfe zum Suizid legalisiert ist, stieg die Zahl der Fälle, wie die aktuellen Daten des US-Bundesstaats Oregon zeigen. Dort haben sich im Jahr 2014 105 Menschen mit ärztlicher Unterstützung das Leben genommen, das waren 6,5 mal so viel wie 1998, als assistierte Selbsttötung gesetzlich erlaubt wurde. 2014 gab es eine Steigerung von 44 Prozent gegenüber 2013 (73 Fälle). Das Durchschnittsalter der Suizidanten war 72 Jahre, 56 Prozent dieser US-Bürger war nicht privat versichert.

New England Journal of Medicine, 2015, doi: 10.1056/NEJM1414527

Rapport Euthanasie 2014, Belgique

Death with Dignity Report 2014, Oregon

Initiative: Ärzte wollen unnötige medizinische Leistungen vermeiden

Zu häufige Verschreibung von Antibiotika, überflüssige CT-Untersuchungen, zu rasche Operation bei Gelenksbeschwerden: Weniger Medizin kann mehr sein. Der Gedanke dahinter: Nicht immer ist medizinisches Handeln am Patienten sinnvoll und notwendig. Die US-amerikanische Ärzteinitiative *Choosing wisely* listet seit 2012 ärztliche Leistungen auf, die sich als wirkungslos oder sogar schädlich erwiesen haben. Eine ähnliche Initiative startete die *Schweizer Gesellschaft für Innere Medizin* (SGIM) 2014 unter dem Namen *Smarter Medicine*. Basis der Kampagne bildet eine Liste mit Interventionen im Rahmen der *Allgemeinen Inneren Medizin* (AIM), von deren Anwendung abgeraten wird. Sie stellen keinen messbaren Nutzen für den Patienten dar, ihr Risiko ist

u. U. sogar höher als der potentielle Nutzen. Die *Schweizer Ärztekammer* hat inzwischen alle Fachgesellschaften aufgefordert, sich mit weiteren Ratschlägen einzubringen, auch Spitäler und Patientenschutzorganisationen.

Die *Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin* (DGIM) will ebenfalls Überbehandlung vermeiden und damit auch Kosten senken. Eine neue DGIM-Task Force *Unnötige Leistungen* soll dafür das Bewusstsein schärfen. „Viele medizinische Eingriffe bedeuten auch eine Belastung für den Patienten“, sagt DGIM-Vorsitzende Michael Hallek. Er fordert, dass das Gespräch mit dem Patienten, das eine wichtige ärztliche Tätigkeit darstellt, „künftig besser honoriert werden muss, auch wenn der Arzt anschließend keine weitere Untersuchung anordnet oder kein Medikament verschreibt“, so der Internist.

Schweizerische Ärztezeitung (2015); 96(5): 130.131

Deutsches Ärzteblatt, 24. Februar 2015 (online)

Studie: Höhere Sensibilisierung für Probleme von Krebsüberlebenden nötig

Krebs hat sich immer mehr von einem Todesurteil hin zu einer chronischen Erkrankung entwickelt. So stieg dank der Fortschritte in der Onkologie die Zahl der sog. Krebsüberlebenden in den USA von 5 Millionen in den 1980ern im Jahr 2009, für 2024 rechnet man mit 19 Millionen Krebsüberlebenden. Die 5-Jahres-Überlebensrate stieg im Schnitt von 50 auf mehr als 65 Prozent. Die sog. „Überlebenden-Betreuung“ wird damit immer wichtiger. Eine in *Cancer* publizierte Studie zeigt, dass viele Krebsüberlebende trotz erfolgreicher Behandlung auch Jahre später mit körperlichen, seelischen oder auch finanziellen Schwierigkeiten zu kämpfen hatten. „Sie haben das Gefühl, die persönliche Kontrolle verloren zu haben, ihre Lebensqualität ist reduziert, und sie sind frustriert, dass diese Probleme nicht ausreichend innerhalb des medizinischen Versorgungssystems angesprochen werden“, so Studienautorin Mary Ann Burg von der *University of Central Florida*.

Burg und Kollegen hatten in ergebnisoffen formulierten Fragebögen 1.514 Krebsüberlebende (die Überlebensrate lag bei 2, 5 und 10 Jahren) im Alter zwischen 24 und 97 Jahren nach ihren ungenügend behandelten Bedürfnissen und Sorgen befragt. Das Ergebnis: Am häufigsten wurden gesundheitliche Probleme (38 Prozent) und Einbußen in der Lebensqualität genannt, gefolgt von hohen finanziellen Ausgaben (20 Prozent, wobei manche Ethnien und soziale Schichten stärker betroffen waren). Allen Befragten gemeinsam war die Angst vor einem Wiederkommen des Krebses, wobei psychologische Faktoren und soziodemographische

Variablen sich auf die Wahrnehmung eines Rezidiv-Risikos auswirken. Burg forderte eine Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die Probleme von Krebsüberlebenden, eine ehrliche professionelle Kommunikation über die Folgewirkungen von Krebs und eine verbesserte Koordination der medizinischen Versorgung.

In Deutschland wollen die niedergelassenen Hämatologen und Onkologen ein routinemäßiges Screening auf psychosoziale Belastungen in all ihren Praxen einführen, erklärte der Vorsitzende des *Berufsverbands der Niedergelassenen Hämatologen und Onkologen*, Stephan Schmitz. Im Rahmen eines 5-Punkte-Plans sollen die Langzeitbelastungen von Krebspatienten untersucht und eine strukturierte Nachsorge nach abgeschlossener Therapie erarbeitet werden.

Cancer (2015); 121: 623-630

Oncology Nursing News, 5. März 2015 (online)

Deutsches Ärzteblatt, 23. Februar 2015 (online)

Public Health: Vereinsamung erhöht das Sterblichkeitsrisiko

Dass betagte Menschen, die allein leben und unter sozialer Isolation leiden, ein höheres Sterblichkeitsrisiko haben, ist bekannt. Eine in *Perspectives on Psychological Science* veröffentlichte Studie zeigte nun: Bei jüngeren Menschen (unter 65 Jahren) ist der Assoziationseffekt zwischen Einsamkeit, Alleinleben und frühem Tod sogar noch stärker. Aus Public-Health-Perspektive sei es deshalb nötig, sich dem Problem der wachsenden Zahl von Alleinlebenden zu stellen, betont Studienleiterin Julianne Holt-Lunstad, Psychologin an der *Brigham Young University*. Soziale Isolation könnte epidemische Ausmaße annehmen: Die Single-Rate in den USA ist so hoch wie noch nie. Auch in Österreich ist die Zahl der Singlehaushalte stark gestiegen. Wurde 1971 jeder vierte Privathaushalt (25,6 Prozent) von nur einer Person bewohnt, war es 2011 bereits jeder dritte (36,3 Prozent).

Die Wissenschaftler der *Brigham Young University* in Provo/Utah werteten für ihre Metaanalyse Daten aus mehr als 70 Studien aus dem Zeitraum 1980 bis 2014 aus, die rund 3 Millionen Menschen umfassten. Fokus der Studien war jeweils der Zusammenhang zwischen den Faktoren Einsamkeit, soziale Isolation, Alleinleben und Sterblichkeit. Vereinsamung und soziale Isolation bedrohen die Langlebigkeit in einem ähnlichen Maße wie Rauchen, Alkoholmissbrauch oder Fettleibigkeit.

Einsamkeit und soziale Isolation können sich ganz unterschiedlich zeigen. Allein schon das Gefühl, einsam zu sein, erhöht das Sterblichkeitsrisiko um 26 Prozent. Objektive Einsamkeit durch soziale Isolation bzw. die

fehlende Einbettung in ein Gemeinschaftsgefüge sowie Alleinleben haben noch schlimmere Auswirkungen auf die Gesundheit als das subjektive Gefühl von Einsamkeit. Hier steigt das Sterberisiko um 29 bzw. 32 Prozent. Die Wissenschaftler prüften auf Variablen wie sozioökonomischer Status, Alter, Geschlecht und bereits bestehende Erkrankungen. Während der Mangel an sozialen Beziehungen ein zusätzliches Gesundheitsrisiko darstellt, zeigte sich umgekehrt, dass Gemeinschaft eine protektive Wirkung auf die Gesundheit hat.

Perspectives on Psychological Science (2015); 10(2): 227-237

Pressemitteilung Statistik Austria, 4. November 2013 (online)

Studie: Auch Rauchstopp mit 60 senkt Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall

Ein Rauch-Stopp lohnt sich auch noch im fortgeschrittenen Alter. Selbst wer seine letzte Zigarette erst als über 60-Jähriger raucht, senkt sein Risiko für Herzinfarkt und Schlaganfall innerhalb weniger Jahre erheblich. Das berichten Wissenschaftler des *Deutschen Krebsforschungszentrums* (DKFZ) nun im *British Medical Journal*.

In der bislang umfangreichsten Untersuchung zu den Auswirkungen des Rauchens auf Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei älteren Menschen analysierte die Epidemiologin Ute Mons 25 Einzelstudien. Insgesamt wertete sie damit die Daten aus Europa und den USA von über einer halben Million Menschen im Alter von 60 Jahren und darüber aus. „Raucher sterben doppelt so oft an einer Herz-Kreislauserkrankung wie lebenslange Nichtraucher. Das Risiko steigt abhängig von der Zahl der Zigaretten, die ein Mensch im Laufe seines Lebens geraucht hat“, so die Wissenschaftlerin.

Nach einem Rauchstopp geht dieses Risiko kontinuierlich zurück. Auch Menschen, die es erst nach ihrem 60. Geburtstag schaffen, das Rauchen aufzugeben, profitieren noch von verringerten Risiken für Herz-Kreislauserkrankungen.

Doch offenbar sind sich viele Nikotinabhängige der Gefährlichkeit des Rauchens nach wie vor nicht bewusst. Sie unterschätzen die gesundheitlichen Risiken oder verdrängen sie. Das zeigt eine aktuelle Studie, die französische Mediziner auf der *European Lung Cancer Conference* in Genf präsentierten. Ein Drittel aller Befragten sahen beim Rauchen von bis zu zehn Zigaretten täglich kein erhöhtes Lungenkrebsrisiko.

European Lung Cancer Conference, Pressemitteilung, 17. April 2015

British Medical Journal, doi:10.1136/bmj.h1551

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

61/2, 2015

Abhandlungen:

Annette M. Stroß: (Kinder-)Ärzte als Pädagogen? Neuorientierungen durch Perspektivenwechsel;
Elke Mack: Ethische Legitimität der Beschneidung?

Gunnar Duttge: Zur vernachlässigten Schutzpflicht der Rechtsordnung gegenüber ungeborenen „Behinderten“;

Corinna Rubrech: Der individuelle Lebensstil als Allokationskriterium;

Hans-Martin Rieger: Demenz – Härtefall der Würde;

Barbara Advena-Regnery, Katharina Böhm, Benjamin Jung, Kathrin Rottländer, Susan Sgodda: Sind Parthenoten Embryonen? Zur biologischen und normativen Einordnung von menschlichen Parthenoten;

Heinrich A. Schmidt-Wilcke: Zum Gebrauch des Verantwortungsbegriffs innerhalb eines Krankenhauses.

The National Catholic Bioethics Quarterly

Philadelphia, Zeitschrift in Englisch

15. Jahrgang, Heft 1, 2015

Articles:

Timothy P. Collins, MD: On the Morality of Risk-Reducing Surgery;
Rev. Msgr. Robert J. Dempsey: Condom Use by HIV-Discordant Married Couples: The Intention to Prevent the Transmission of Disease;

Frank Sobiech: Science, Ethos and Transcendence in the Anatomy of Nicolaus Steno.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di Bioetica

Halbjährliche Zeitschrift

2015/1

Articoli:

Maurizio P. Faggioni: Il trapianto di utero. Aspetti medici, bioetici e giuridici;

Maria Teresa Russo: La buona medicina sintesi di prudenza e sollecitudine: una riflessione a partire da Paul Ricoeur;

Francesca Giglio: L'introduzione della medicina potenziativa nel nuovo codice di deontologia medica;

Fabrizio Liborio, Pablo Requena Meana: L'utilizzo del placebo secondo l'ultima versione della Dichiarazione di Helsinki. Dibattito fra due posizioni etiche;

Augustin A. Silberberg, Marcelo J. Villar, Claudio J. Gonzalez: Validation and preliminary results of a survey on decision of treatment in neonatal critical infants administered to neonatologists in Buenos Aires, Argentina.

Anuario Filosófico

Halbjährliche Zeitschrift in Spanisch

48/1, 2015

Estudios:

R. E Houser: El fraile y el visir sobre el ámbito de las ciencias teóricas;
Rafael Ramón Guerrero: Avempace en las obras de santo Tomás de Aquino;

Francisco Romero Carrasquillo: Elitismo intelectual y la necesidad de la fe según Maimónides y Tomás de Aquino;

Michael Chase: Quod est primum in compositione, est ultimum in resolutione. Notas acerca de las nociones de 'análisis' y 'síntesis' en la antigüedad tardía;

Thérèse-Anne Druart: Moisés y los magos según Buenaventura, Pedro Abelardo y Algazel.

Umwelt & Technik

Wien, Zeitschrift in Deutsch

Sonderheft März 2015

Editorial: Wilhelm Bergthaler, Wolfgang Gratt: Gesamtlärmbeurteilung – Herausforderung oder Überforderung;

Beiträge:

Christoph Lechner: Gesamtlärmbeurteilung;

Wolfgang Berger, Bernhard Raschauer: Fluglärmmissionen, Minimierungsgebot und Entlastungsprivileg im UVP-Verfahren.

RdU Recht der Umwelt

Wien, Zeitschrift in Deutsch

22. Jahrgang, Heft 1, 2015

Wilhelm Bergthaler, Ferdinand Kerschner und Eva Schulev-Steindl: Energieinfrastruktur zwischen Wirtschaft und Umwelt;

Leopold Bumberger: Rechtsprechung zum Wasserrechtsgesetz im Jahr 2014;

Robert Rittler: Nachträgliche Enteignung im Wasserrecht.

ETHICA

Innsbruck, Quartalsschrift in Deutsch

23. Jahrgang, Heft 1, 2015

Leitartikel:

Dagmar Fenner: Kopftuchstreit und Burkaverbot. Eine Analyse der Argumente gegen den muslimischen Schleier;

Hans J. Münk: Was heißt säkulares Denken?

Heidemarie Bennent-Vahle: Besonnenheit – eine unzeitgemäße Tugend, die nottut.

Acta Philosophica

Rom, Italien

Quartalzeitschrift in Italienisch

Vol. 24 (2015), fasc. I

Studi:

Alfred Driessen: Life and Quantum Biology, an Interdisciplinary

Approach;

Loreta Risio: Il rapporto io-mondo nella fenomenologia di Husserl e nella filosofia della mente;

Martin Schlag: The Concept of Human Flourishing in Charles Taylor.

Medicina e morale

Rom, Rivista internazionale di Bioetica

Halbjährliche Zeitschrift

2014/6

Articoli:

Elio Sgreccia, Marina Casini: La legge italiana sulla c.d. "procreazione medicalmente assistita": l'opera di svuotamento da parte della magistratura e i possibili rimedi;

E. Bassi, A.M. Bonfadini, Viviana Daloiso, Antonio G. Spagnolo: Dichiarazioni anticipate di trattamento e assistenza infermieristica. Orientamenti decisionali degli infermieri in una indagine empirica;

Anto Cartolovni, Marina Casini, Antonio G. Spagnolo: The regulation of the Medically Assisted Reproduction (MAR) in Croatia and the European legislative context;

Marta Albert: Derecho a morir y abuso del derecho. La inadmisibilidad del caso Gross v. Suiza. Comentario a la Sentencia de la Gran Sala del Tribunal Europeo de Derechos Humanos de 30 de septiembre de 2014;

Giuseppe Battimelli: Il dibattito in bioetica. L'obiezione di coscienza e il nuovo Codice deontologico dei medici.

Zeitschrift für medizinische Ethik

Zeitschrift in Deutsch

61/1, 2015

Abhandlungen:

Bernhard Mäulen: Ärztegesundheit als ethische Herausforderung;

Ulrich T. Egle: Burnout bei Ärzten;

Daniel Schäfer: Medice cura te ipsum: Gesundheit und Krankheit von Ärzten aus historischer Sicht;

Klaus Wingenfeld: Arbeitsbela-

stungen und Gesundheitsprobleme in der Pflege;

Eckhard Frick, Andreas Schiessl: Resilienz im ärztlichen Berufsalltag fördern;

Peter-Felix Ruelius, Albert-Peter Rethmann: Das Krankenhaus – ein krankes Haus? Der Einfluss von Krankenhausleitungen und Krankenhausträgern auf die Gesundheit der Beschäftigten im Krankenhaus.

Ethik der Gabe. Humane Medizin zwischen Leistungserbringung und Sorge um den Anderen

Giovanni Maio (Hrsg.)
 Verlag Herder, Freiburg 2014
 511 Seiten
 ISBN 978-3-451-33282-1

Der Freiburger Medizinethiker *Giovanni Maio* hat zwei bis drei Generationen von Autoren (Geburtsjahrgänge 1928 bis 1980) zu den 16 Beiträgen zu diesem Buch bewogen. Sie kommen teils aus der Philosophie, Medizinethik und Theologie, teils aus der praktischen klinischen Medizin und Pflege, sind sich einig in den existentiellen Grundfragen und reizvoll pluralistisch in ihrem je eigenen Zugang zum Thema.

Der Herausgeber eröffnet mit einem eigenen Artikel und der Frage, warum das „Eigentliche“ in der Medizin nicht gekauft werden kann, wenn gleich die Fürsorge und Hilfe, als „Gabe“ eigentlich selbstverständlich, zu einer berechenbaren „tauschfähigen“ Dienstleistung mutieren konnten. Damit habe die moderne (insbes. die stationäre) Medizin ihre Prägung durch Barmherzigkeit und Caritas eingebüßt und sich von ihrem „eigentlichen Auftrag entfremdet“. Dies ist der Hintergrund, vor dem im Folgenden die Gabe und ihr Bezug zur Medizin wieder neu in den Blick genommen werden soll (S. 15). Es gehe bei der „Gabe“ um zwei Normen: Reziprozität und Wohltätigkeit; erstere ist ökonomisch, letztere „anti-ökonomisch“. Hier liege der zentrale Unterschied zwischen Gabe und Tausch: Gabe ist Quelle von Freude und Dankbarkeit, Tausch ist Genugtuung für das Erfahren von Gerechtigkeit. Die Gabe stellt also in ihrer spontanen Interesselosigkeit „diese Logik komplett auf der Kopf“ (S. 27). Es steht „Hingabe“ (fürsorgende Hilfe) gegen Versorgung (Dienstleistung), wobei die „Zwischenmenschlichkeit“ für einen Schwerstkranken einen unschätzbaren Wert erhält (S. 40). Es liegt Maio sichtlich am Herzen, den Geschenkcharakter von gewidmeter Zeit und Aufmerksamkeit, von Wohlwollen, Ermutigung und ungeheuchel-

ter Wertschätzung zu erfassen, eine umfassende „Gabe“, die mit einer sachgerechten medizinischen Behandlung korrespondiert.

Einen hochinteressanten Aspekt zum Thema steuert der Philosoph und katholische Theologe *Klaus Arntz* (Augsburg) mit der Feststellung bei, dass es auch einen „Terror der Gabe“ gibt, wenn z. B. ein wohlmeinender Chef für einen bedürftigen Mitarbeiter zur kollektiven Spende aufruft, wodurch die Angestellten unter Zwang geraten (Verlust der Freiwilligkeit) und der Bedürftige gedemütigt wird. Dies werde besonders deutlich, wenn jemand der „Gabe“ einer Niere durch einen (Lebend-)Spender bedarf und ein potentieller „passender“ Spender im engsten Umfeld vorhanden ist.

Der Moralphilosoph *Walter Lesch* (dzt. Louvain) erteilt der „Gerechtigkeit“ im Bezug auf die Gabe die berechtigte Abfuhr: Ohne menschliche Nähe und Wärme verkommt die Gerechtigkeit zum „herzlosen Kalkül optimaler Verteilungseffekte“ (S. 156).

Für *Christian Spaemann*, Psychiater im österreichischen Mattighofen, ist Gabe ein Aspekt seelischer Gesundheit. In der Selbstreflexion findet sich der Mensch als „gegeben“ vor. Bei Erkrankung (organisch oder seelisch) sei die Fähigkeit zur Gabe aus der (erkrankten) menschlichen Natur heraus nicht möglich. Was muss uns also gegeben sein, dass wir geben können? fragt Spaemann. Seine Antwort: Indem wir uns die Vielheit der uns häufig wenig ausdrücklich bedachten Fähigkeiten bewusst machen, etwa die rechte Balance zwischen Distanziertheit und Verschmelzung, die kulturelle Antwort auf die Verschiedenheit von Mann und Frau, das natürliche Un-Gleichgewicht zwischen Vater und Sohn, Fürsorglichkeit der Eltern gegenüber den Kindern und Erwachsen-werden-Lassen usw. All dies seien Voraussetzungen für „Gabe“.

Santiago Ewig, prominenter Pulmologe und Intensivmediziner (Thoraxzentrum Ruhrgebiet Bochum/Herne), gibt zunächst zu erkennen, dass ihn die Einladung zu einer Reflexion über die „Gabe“ in seinem hektischen Klinikalltag wie ein „Volltreffer in den Kommandostand“ getroffen habe. Aber

dann gelingt ihm ein konziser Brückenschlag zwischen dem 19. Jahrhundert – in der „care“ (Pflege) und „cure“ (medizinische Kunst) noch beieinander lagen – und dem 20. Jahrhundert, als diese sich immer mehr und weiter trennten, um sich schließlich in je eigenen hierarchischen Strukturen zu etablieren. Die Medizin, ursprünglich „Gabe“, wird zur „Ware“. Er hofft, dass die Verfechter einer Medizin als Gabe nicht einer „ungeheueren Lähmung“ angesichts der Übermacht der Marktlogik verfallen.

Claudia Bozzaro, ebenfalls Institut für Ethik und Geschichte der Medizin an der Universität Freiburg, widmet sich der „Fürsorge als Gabe“, die die Grundlage einer authentischen Arzt-Patient-Beziehung bildet. Auch sie spricht zunächst das aktuelle Diktat der Ökonomie an, dem sie als Korrektiv eine Wiederentdeckung des humanitären Charakters der Medizin wünscht. Bei Begriffen wie Sorge und Fürsorge schließt sie sich der Analyse von M. Heidegger an und zitiert ausführlich aus „Sein und Zeit“, insbesondere wo Heidegger die Sorge um die eigene Verwundbarkeit und die Bedürftigkeit des Anderen zur eigensten Struktur des menschlichen Daseins erklärt.

Klaus Dörner, ehemals leitender Arzt des Psychiatrischen Landeskrankenhauses Gütersloh und Professor für Psychiatrie der Universität Witten-Herdecke, tritt für ein „kollektives Gebenwollen des Bürgers“ ein („Nachbarschaftswirtschaft“), ohne das eine humane Medizin schwer vorstellbar sei. Tatsächlich ortet er eine „postindustrielle Bürgerhilfe bzw. Nachbarschaftsbewegung“, getragen von dem neuen Grundbedürfnis, nicht nur für sich (autonom), sondern auch für andere da sein zu wollen. Auch für die Medizin erhebe sich ein „trialogisches Postulat“: zum Arzt-Patient-Kontakt gehören auch die Angehörigen und nahen Freunde. Dörner erinnert rühmend an die „Weiße Feder“ (gegründet in München 1985), einem „Bürger-Profi-Mix“, welches sich – u. a. gestützt auf jüngere psychiatrische Patienten – gegen Entgelt um Haushalt und Grundpflege von alten Menschen kümmert. Dörners Beitrag schließt mit Zitaten von

E. Levinas und J. Habermas, wonach es kein humanes Selbstverständnis gebe ohne „den Anderen“ (den Menschen, Gott, ...) einzubeziehen.

Gert Gabriëls, Medizinethiker und zugleich klinischer Oberarzt in Münster, steuert interessante Erwägungen zur elektiven Nierentransplantation von lebenden Spendern bei: Sie erfüllt die Kriterien von Tugendethik und damit die der Gabe, wenn sie freiwillig, unentgeltlich und von Altruismus getragen ist. Der kristallklare Glanz der Tugend kann allenfalls durch lautstarke öffentliche Anerkennung getrübt werden, noch mehr bei finanzieller Entschädigung (Organverkauf, -handel). Selten, aber im Bereich des Möglichen, ist die anonyme Nierenspende als „Gabe“ für ein Verteilersystem à la Eurotransplant. Hingegen ist es unstrittig abzulehnen, wenn die Umgebung Druck auf einen „passenden“, aber zögerlichen Spender ausübt. Die Erörterung der „bedingten“ gegenüber der völlig uneigennütigen Gabe ist jedenfalls sehr anregend zum Weiterdenken (siehe asymmetrische Reziprozität bei Levinas). So gelingt es Gert Gabriëls eine schlüssige Gesamtschau von Organspende (als Gabe), Organempfänger, Tugendethik und Gesellschaft zu präsentieren.

F. Kummer

Das krebskranke Kind und sein Umfeld. Psychosoziale Aspekte der Versorgung und Unterstützung

Reinhard J. Topf (Hrsg.)
new academic press, Wien 2014
346 Seiten, 14 meist farbige Abb., 4 Tab.
ISBN 978-3-7003-1865-1

Die Assoziation von „Kind“ und „Krebs“ wird allgemein als schwer erträglich empfunden, wenngleich die Öffentlichkeit immer mehr von den Erfolgen der pädiatrischen Onkologie zu hören bekommt, die auf Dauerheilungen von 60 bis 90 Prozent (je nach Art der Erkrankung) verweisen kann.

Reinhard J. Topf, klinischer Psychologe und Psychotherapeut am St. Anna-Kinderspital in Wien, ist seit vielen Jahren in die Problematik involviert

und hat verdienstvollerweise den vulnerablen Zwischenbereich dokumentiert, in dem sich Kinder mit malignen Erkrankungen und deren intimste Kontaktpersonen bewegen.

Im Zuge der Etablierung des Wiener St. Anna-Kinderspitals als onkologische Referenzklinik war Topf mit Umsicht und Tatkraft am Aufbau einer psychosozialen Abteilung beteiligt, die mittlerweile eine Reihe profilierter Mitarbeiter aufzuweisen hat, die in diesem Buch zu Wort kommen, verstärkt durch die Beiträge anderer Wiener sowie Zürcher und Tübinger Forscher.

Wer sich auf die Lektüre dieses Buches einlässt, wird bald von jenem Geist eingenommen, der den Psychosozialen Dienst des Spitals beseelt. Hier spürt man in allen Beiträgen das persönliche Engagement der Mitarbeiter, in dem sie in ihrer psychisch-physisch-humanitären Belastung oft genug bis an die Grenzen des Möglichen gehen. Großer Wert wird offenbar auf die enge Zusammenarbeit der verschiedenen Dienste (Schule, Elterngespräch, Musik, Religion, Kunst, Palliation etc.) gelegt, wobei die Grenzen und Kompetenzen nicht starr, sondern durchlässig sind, wann immer es im Sinne der kleinen leidenden Menschen günstig erscheint.

Die ärztlichen Leiter weisen im Vorwort auf die Erfolgsgeschichte der pädiatrischen Onkologie in den letzten beiden Jahrzehnten hin und betonen, wie zunächst allmählich, dann aber zügig die Voraussetzungen für die Einbeziehung der Familie in die Behandlung der Kinder geschaffen wurden.

Das Wiener St. Anna Kinderspital hatte darin eine Vorreiterrolle eingenommen, bereits 1994 (hier nachgedruckt, federführend: R. J. Topf) stellt ein Artikel die große „emotionale und menschliche Belastung“ eines onkologischen Stationsteams als Antrieb für die Schaffung eines psychosozialen Teams heraus.

Die Erwartungshaltung der Ärzte ist zunächst pragmatisch geprägt: Die psychosoziale Intervention sollte möglichst wie ein Medikament funktionieren, d. h. schnell, sichtbar im Erfolg und

kontrollierbar. Da sich dies als unrealistisch herausstellte, musste in den Anfängen auf beiden Seiten – hie Ärzte, da Psychosoziales Team – ein Lernprozess durchlaufen werden, der nicht immer friktionsfrei war. Der zitierten Arbeit wurde 2014 ein Update angefügt mit dem Hinweis auf die bereits erfolgte Personalaufstockung (Sozialarbeiterin, klinische Psychologin) und der Beiziehung eines hausexternen Psychiaters.

Sarah Rinner vermittelt einen Eindruck vom Aufgabenbereich der klinischen Psychologin, die mit einer großzügigen Verfügbarkeit für die Ängste, Nöte, aber auch kleinen Freuden der Kinder und ihrer Bezugspersonen rund um die Isolierstation zuständig ist. Dies geschieht sehr häufig bei spontanen Begegnungen in den Fluren des Spitals, sog. „Zwischen-Tür-und-Angel-Gespräche“.

Die Sozialarbeiterin Brigitta Walzl gibt ein anschauliches Beispiel dafür, wie auf unspektakuläre Weise eine so diffizile Interaktion von Eltern, Ämtern, Polizei und die Bewältigung von familiären, finanziellen und juristischen Problemen gemanagt werden können.

Topf meldet sich selbst zu Wort mit einem Beitrag zur klinischen Krebsaufklärung als einer psychologischen Notwendigkeit. Ein spezielles Anliegen sind ihm die Mütter, die – oft genug am Rande der Selbstaufgabe – ihrer Rolle als wichtigstes Bindeglied im Familiengefüge gerecht werden müssen. Auf seine Initiative haben mittlerweile Elternrunden, erweiterte Familiengespräche und eigene Kinderrunden ebenso Platz gegriffen wie – auf Seiten der Ärzte – das „Psychologische Fallseminar“. Topf führte 2009 den Begriff der Mutter als „Leibärztin“ des krebserkrankten Kindes ein und beschreibt damit all die unwägbareren Ambivalenzen und Nöte dieser Frauen in ihrer Extremsituation angesichts des Sterbens des Kindes, und die durch eigenes Erleben zu Vermittlerinnen des Todesbegriffes werden (fachpsychologisch: der „antizipatorische“ Trauerakt).

Ob Kindergarten, Schule, Kunst- oder Musiktherapie: Aus den Beiträgen der in diesen Sparten tätigen Mitarbeiter zeigt sich die fruchtbare Inter-

aktion untereinander, aus der die Liebe zu den Kindern quasi nonverbal erkennbar wird, basierend auf dem Mut zur Eigeninitiative und Erfindungsreichtum von Spielen, Texten oder Bildern, getragen von der intuitiven Erfassung der momentanen Nöte (und Freuden) der kleinen Patienten (*Anna Rakoš* für die Kunst, *Doris Buchmayr* für Musik, die Kindergärtnerinnen *Kathrin Mörtelmayr*, *Carmen Fuß* und *Alexandra Vitzthum*, *Christine Höfer* und *Marina Rudy* für die Schule). Ein besonders eindrückliches Beispiel für funktionierende Vernetzung erfährt man aus dem Beitrag von *Pia Schildmair*, die als (katholische) Seelsorgerin ihr betont „freiwilliges Angebot“ interkulturell und multireligiös allen anbietet, und das in bester Zusammenschau mit den oben erwähnten Kolleginnen.

Topf und die Zürcher Kinderonkologin *Eva Bergsträsser* sprechen in ihrem Beitrag die spezifischen Aspekte der Palliativbetreuung der todkranken Kinder und ihrer Eltern an, die paradoxerweise Parallelen zur Rehabilitation aufweist – im speziellen Fall zur Situation der Familienangehörigen, insbesondere wieder der Mütter, aber auch die der Väter und Geschwister, deren verständliche Ambivalenz noch länger (lebenslang?) anhalten kann. Auch ihnen muss nach dem anhaltenden Ausnahmezustand ein Weg zurück zum normalen Leben gewiesen werden.

Die Thematik der eigentlichen Rehabilitation nach (erfolgreicher) Behandlung wird in einem eigenen Beitrag von *Roland Dopfer* (Tübingen) und *Rosemarie Felder-Puig* (Wien), zweier Fachleute auf dem Gebiet der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, behandelt, wobei die kindgerechte Rehabilitation in unserem Nachbarland wesentlich weiter gediehen scheint als hierzulande. Erforderlich sind dazu Psychologen und Lehrer, Ergotherapeuten und Sozialpädagogen mit Erfahrung in der pädiatrischen Onkologie. Zentrale Bedeutung in dieser Art der Reha erscheint die Orientierung an der Familie im Sinne einer Mitbehandlung der Geschwister, ohne die eine Reintegration in ein normales Familienleben schwer möglich ist.

Dieses Buch ist zweifellos ein wichtiges seiner Art zur Würdigung der fachlichen Kompetenz und tiefen Menschlichkeit des Psychosozialen Teams an einer pädiatrischen Onkologie wie am Wiener St. Anna-Kinderspital. Bei der sehr empfehlenswerten Lektüre erfährt man viel Neues, ist ergriffen vom Leiden der kleinen Patienten und freut sich über die Erfolge.

F. Kummer

Wissenschaftstheoretische Aspekte des Krankheitsbegriffs

Peter Hucklenbroich, Alena Buyx (Hrsg.)
Mentis Verlag, Münster 2013
315 Seiten
ISBN 978-3-89785-819-0

Innerhalb der Wissenschaftstheorie der Medizin nimmt der Krankheitsbegriff eine wichtige Stelle ein. Von seiner Klärung hängen die Behandlungspflicht des Arztes, die Zuweisung und Annahme der Patientenrolle durch die erkrankte Person wie nicht zuletzt die gerechte Verteilung von Ressourcen des Volksvermögens ab – allesamt ethisch relevante Aspekte des Medizinbetriebes. Welcher Zustand als krankhaft oder pathologisch zu gelten hat, ist in der modernen Medizin indes fragwürdig geworden – bedingt einerseits durch eine immer feinere Diagnostik, andererseits durch eine stärkere Berücksichtigung der sich selbstbestimmenden Person, wie nicht zuletzt durch ökonomische Interessen von Versicherungen und Pharmaindustrie.

Die wissenschaftstheoretischen Bemühungen zur Rekonstruktion des Krankheitsbegriffs haben seit den 1970er Jahren unterschiedliche Schulen entstehen lassen, die den Krankheitsbegriff entweder an mehr objektiven oder an mehr subjektiven Kriterien festmachen. Für die Schule von *Christopher Boorse* besteht das wesentliche Kriterium im Vorliegen einer (statistisch) objektivierbaren Störung der Funktionsfähigkeit, während andere Autoren den Krankheitsbegriff aus einem subjektiv empfundenen Übel herleiten. Jedes der

beiden Kriterien weist indes Schwächen auf: Es ist entweder zu eng, weil z. B. im Feld psychischer Erkrankungen biostatistische Methoden nur wenig ausrichten. Oder aber zu weit, weil nicht jedes subjektiv empfundene Leid krankhaft und somit therapiebedürftig ist. Außerdem kann eine objektiv erkennbare Störung (z. B. Behinderung) mitunter subjektiv für normal gelten, oder umgekehrt subjektives Leid (z. B. Schmerzen) kein objektives Korrelat finden.

Der vorliegende interdisziplinäre Sammelband, zu welchem zehn Professoren deutscher Universitäten beigetragen haben, verfolgt das Ziel, „die medizinische Krankheitslehre auf eine systematische Basis zu stellen“ (die Herausgeber) und so die Defizienz der bestehenden Schulen aufzuheben. Der erste Block an Beiträgen liefert die wissenschaftstheoretischen Grundlagen. Dazu haben *Peter Hucklenbroich* (Münster), *Peter Mc Laughlin* (Heidelberg) und *Thomas Schramme* (Hamburg) interessante, philosophisch fundierte neue Ansätze zu bieten. Die Begriffe „Funktion“ (dysfunktional) und „Norm“ (abnormal) werden sprachlogisch erörtert und ihr Zusammenhang und Wertungsinhalt diskutiert. Hucklenbroich gelingt es, durch Unterscheidung zwischen primären, sekundären und tertiären Krankheitskriterien sowohl die objektiven als auch die subjektiven Aspekte in die Definition des Krankheitsbegriffs einzubeziehen: Die primären Krankheitskriterien sind als Übel anzusehen. Dazu zählen (1) vorzeitiger Tod, (2) Schmerz und Leiden, (3) erhöhtes Risiko, (4) Fortpflanzungsunfähigkeit sowie (5) Beeinträchtigung von Zusammenleben in Gemeinschaft. Die sekundären und tertiären Kriterien hingegen zielen auf Normabweichungen als objektiv erfassbares und beschreibbares Substrat.

Weitere Beiträge im praktischen Teil, z. B. von *Stephan Doering* (Psychiatrie), *Stefan Evers* (Neuromedizin), *Sabine Müller* (Behinderungen) und *Alena Buyx* (Enhancement), legen den Finger in wunde Punkte der bisherigen Krankheitslehre und sollen den neuen wissenschaftstheoretischen An-

sätzen als Prüfstein dienen. Der gemeinsame Nenner findet sich in der lobenswerten Bemühung der Autoren, den wissenschaftlichen Krankheitsbegriff von moralisch wertenden Haltungen zu befreien.

Die Kontroverse um den Krankheitsbegriff im deutschsprachigen Raum ist auch der Tatsache geschuldet, dass die deutsche im Unterschied zur englischen Sprache nicht zwischen *disease* und *illness* unterscheidet. Das heißt, in der deutschen Sprache fällt der objektive und der subjektive Aspekt von Kranksein (wie im Englischen „*sickness*“) in eins, wodurch einerseits begriffliche Verschwommenheit entsteht, andererseits aber die Untrennbarkeit beider Aspekte ausgedrückt wird. Es ist logisch unmöglich, subjektive und objektive Wahrnehmung unvermittelt zur Deckung zu bringen, weil ihre Wahrheit aus unterschiedlichen Quellen hervorkommt.

Die Synthese gelingt also nicht vollständig bzw. zeigt sich in der Praxis als Kompromiss, wobei auch zeitgeistige Prämissen, wie z. B. die Betonung der Patientenautonomie, eine Rolle spielen. Man hätte sich deshalb gewünscht, dass auch die existentiell-anthropologische Dimension des Krankheitsbegriffs, wie sie z. B. von *Medard Boss* im „Grundriss der Medizin“ (1971) dargelegt ist, neu aufgegriffen würde. Mehr als wenige Literaturverweise werden dazu aber nicht geboten. Die Diskussion wird also weitergehen, bis eines Tages vielleicht ein *transzendenter* Standpunkt Gewicht gewinnt, in welchem Krankheit als Übel und Krankheit, als Dysfunktion aufgehoben sind und in welchem Heilung auch Heil verheißt.

Die gebotenen, mit reichlich Beispielmaterial versehenen begrifflichen Analysen erweisen sich indes als durchaus hilfreich, um Mehrdeutigkeiten und Problemstellungen bewusst zu machen und den in Gang gesetzten Dialog zu vertiefen. Ein dringend benötigter Dienst, der hier der modernen Medizin erwiesen wird.

W. Rella

1. Allgemeine Erläuterungen

Mit der Annahme eines Beitrages überträgt der Autor IMABE das ausschließliche, räumlich und zeitlich uneingeschränkte Recht zur Vervielfältigung durch Druck, Nachdruck und beliebige sonstige Verfahren und das Recht zur Übersetzung in alle Sprachen. Bei der Abfassung von Manuskripten sind die nachfolgenden Angaben zu berücksichtigen. Die Beiträge werden von den Autoren im elektronischen Format (MS Word oder RTF) erbeten.

2. Gestalten der Manuskripte

Länge/Umfang: 25.000 – 35.000 Zeichen (inkl. Leerzeichen)

Die erste Seite soll enthalten:

1. einen kurzen Titel der Arbeit auf Deutsch und Englisch
2. Name des Autors/ der Autoren
3. Kontaktdaten
4. eine Zusammenfassung des Beitrags (max. 700 Zeichen inkl. Leerzeichen) und 3 – 5 Schlüsselwörter je auf Deutsch und Englisch

Die Manuskriptblätter sind einschließlich Literaturverzeichnis durchnummerieren. Danksagungen sind an das Ende der Arbeit vor die Literatur zu stellen. Für die Literatur sind die automatisierten Fußnoten des Dateiformats zu verwenden. Tabellen und Abbildungen sind an dafür vorgesehenen Stellen im Text einzufügen. Grafiken werden in Druckqualität (hoher Auflösung) benötigt. Nach Drucklegung werden dem Autor die entsprechenden Belegexemplare zugesandt.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher

Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten für beiderlei Geschlecht.

3. Literatur

Die Zitierung erfolgt in Form von Endnoten, wobei die Nummerierung fortlaufend und die Zitierungszahlen hochgestellt sein sollen.

Bei Zeitschriftenbeiträgen sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen oder erster Autorennamen und „et al.“ mit nachstehenden Initialen der Vornamen in Großbuchstaben
 2. Beitragstitel
 3. abgekürzter Titel der Zeitschrift nach den internationalen Regeln (Index Medicus)
 4. Jahreszahl in runden Klammern mit Strichpunkt
 5. Bandnummer mit Doppelpunkt
 6. Anfangs- und Endzahl der Arbeit
- Beispiel: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Bei Monographien und Büchern sind anzugeben:

1. sämtliche Autorennamen mit nachgestellten Initialen der Vornamen
 2. Buchtitel
 3. Verlagsname
 4. Verlagsort(e)
 5. Jahreszahl in runden Klammern
 6. Seitenzahl
- Beispiel: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

1. General information

Submission of an article for publication implies the transfer of the author's comprehensive copyright to IMABE as publisher, including the unlimited right of reproduction and the right of translation into any language. Accepted papers become the permanent property of the publisher.

When submitting manuscripts, the following guidelines should be respected.

The contribution should be provided by the authors in electronic format (MS Word or RTF).

2. Design/ formatting of Manuscripts

Length/scale: 25,000 – 35,000 characters (including blank spaces)

The first page should include:

1. A short title in English and German
2. Name of the author/authors
3. Contact details
4. Abstract of the article (maximum 700 characters including blank spaces) and 3-5 keywords in English and German. (These can be provided by the editor.)

Manuscript pages (including the bibliography) should be numbered. Acknowledgements should be made between end of the main text and before citations or references. Automated footnotes should be used. Tables and figures should be inserted at the appropriate places in the text. All graphics and illustrations need to be in print quality (high resolution). The author will receive copies of the publication once the issue is published.

For the sake of readability, dispense with the simultaneous use of both male and female forms of speech. All

personal descriptions apply to both sexes.

3. References

Citations should be in the form of endnotes with consecutive numbering. Citation numbers in the text should be in superscript.

Articles from journals should be cited in the following manner:

1. Author's name -- or first author's name followed by "et al" -- followed by initials of first name in uppercase letters
2. Title of article
3. Journal in standard abbreviation according to international rules (Index Medicus)
4. Year of publication in parentheses followed by semi-colon
5. Volume number followed by colon
6. Pages in which article appeared (first to last page number)

Example: Gallagher T. H. et al., *Disclosing harmful medical errors to patients*, Chest (2009); 136: 897–903

Citation of monographs and books should include:

1. All authors' names followed by initials of first names
2. Title of book
3. Name of publishing company
4. Location(s) of publishing company
5. Year of publication in parentheses followed by a comma
6. Pages in which work cited appeared (first to last page number)

Example: Maio G. (Hrsg.), *Altwerden ohne alt zu sein? Ethische Grenzen der Anti-Aging-Medizin*, Verlag Karl Alber, Freiburg/München (2011), S. 9–10

IMABE-Info (www.imabe.org)

AIDS 1: Die Infektion und ihre Verbreitung
AIDS 2: Prävention und Therapie
Behandlungsabbruch und Behandlungsverzicht
Burnout
Drogen
Entschlüsselung des menschlichen Genoms
Ethische Qualität im Krankenhaus
Euthanasie aus ethischer Sicht
Katholische Kirche zur Euthanasie
Familie und Krankheit
Fehlerkultur in der Medizin
Gender
Gentechnik in der Humanmedizin
Grenzen der Sozialmedizin
Hirntod
In-Vitro-Fertilisation
Kardinaltugenden und ärztliche Praxis
Klonen
Kommunikation und Vertrauen
Lebensqualität in der Medizin
Mifegyne. Die Abtreibungspille RU 486
Mitleid: Mitleiden und Mitleben
Neurowissenschaft
Nidationshemmung oraler Kontrazeptiva
Ökonomie und Gesundheitswesen
Organtransplantation
Palliativmedizin
Der ethische Ruf der Pharmaindustrie
Pille danach
Pille versus Natürliche Empfängnisregelung
Placebo

Post-Abortion-Syndrom (PAS)
Präimplantationsdiagnostik
Pränatale Diagnostik
Pränatalmedizin
Prävention als moralische Tugend des Lebensstils
Reduktion von Therapie bei Terminalpatienten
Ethik in der Schönheitsmedizin
Schwangerschaftsabbruch in Österreich
Sinnorientierte Medizin
Solidarität und Missbrauch im Gesundheitswesen
Risiken der späten Schwangerschaft
Stammzellen
Sucht und Alkohol
Tabakrauchen
Therapieabbruch bei neonatologischen Patienten
Todeswunsch aus psychiatrischer Sicht
Viagra. Medikament oder Lustpille?

Stellungnahmen (www.imabe.org)

24. 11. 2014: Stellungnahme zur Novellierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
16. 10. 2014: Stellungnahme „Klares Nein zu ärztlicher Beihilfe zur Selbsttötung - Für eine Kultur des Beistandes“
13. 02. 2013: Stellungnahme zur Diskussion über die Wirkungsweise der „Pille danach“
24. 04. 2012: Stellungnahme zum Vorschlag zur Liberalisierung des Fortpflanzungsmedizingesetzes
04. 02. 2011: Stellungnahme zur „Kind als Schaden“-Judikatur
23. 03. 2009: Stellungnahme zur Empfehlung für eine Liberalisierung der Stammzellforschung

Vorschau

Imago Hominis · Band 22 · Heft 3/2015
Schwerpunkt: Ethik der Tierforschung

Editorial	83	
Current Issues	86	Enrique H. Prat E-cigarettes and non-smokers' protection in Austria
Focus	93	Marcus Schiltewolf Medication waivers: A personal history behind pain
	103	Clemens Sedmak A pain-free society: Utopia or dystopia?
	113	Claudia Bozzaro A phenomenology of pain
Article	123	Monika Feuchtner, Marion Stoll Communication and ethics in nursing homes: A qualitative survey
News	133	
Journal Review	136	
Book Reviews	183	