

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 entgegenreten: „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