

Im Kampf gegen den Schmerz

Zum Verhältnis von Schmerz und Medizin

Marcus Schiltewolf

Man hört viel darüber, was die Medizin zu bieten hat, wenn man sich als Patient wegen Schmerzen an einen Arzt wendet. Schmerzmittel und Therapien werden angepriesen. Es scheint, als gebe es für alles eine Lösung. Aber tatsächlich stimmt etwas nicht in der Schmerzmedizin: ÄrztInnen handeln oft übereifrig oder gar fehlerhaft – kein medizinisches, sondern ein gesellschaftliches Problem.

Schmerz ist ein Leitsymptom vieler Erkrankungen, und Ärzte spüren den Wunsch ihrer PatientInnen nach Schmerzbefreiung. Begonnen hat die Idee, dass immer eine Störung im Körper zu Schmerzen führe, mit dem französischen Philosophen René Descartes (1596–1650): Er erkannte, dass der Schmerz einem Reiz entspricht. Wir bezeichnen dies heute als Nozizeption: Spezialisierte freie Nervenendigungen in der Haut, im Bindegewebe, in den Schleimhäuten, in den Wänden der Blutgefäße oder im Kno-

chen werden gereizt, sensibilisiert und deuten auf einen möglichen oder tatsächlichen Schaden hin. Eine gehäufte Reizung dieser Nerven kann zu einer Sensibilisierung des Schmerzsystems führen, sodass die Schmerzwahrnehmung immer eindrücklicher erfolgt. Wahrgenommen werden diese Reize im zentralen Nervensystem, dem Gehirn. Dort entsteht das Empfinden, das wir als Schmerz bezeichnen. Dieses Erlebnis hat immer einen Wahrnehmungsanteil, der uns mitteilt, wo die Reizung stattfindet, und einen Gefühlsanteil, der mit Unbehagen und Angst verbunden ist. Beide werden in unterschiedlichen Bereichen unseres Gehirns vermittelt.

Schmerzen stillen

Letztlich war das Descartes'sche System die Grundlage für das ärztliche Bestreben, durch medizinisches Eingreifen die Schmerzen zu stillen. In der Folge befassten sich Wissenschaftler mit der Erforschung von Schmerzmitteln: Etwa

Foto: istockphoto.com/Floorije

1803 gelang Friedrich Wilhelm Adam Sertürner die Isolierung des Morphins, im Weiteren kam 1887 Paracetamol dazu, 1899 wurde Aspirin durch die Bayer AG als Markenname geschützt und 1922 Metamizol von Hoechst 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 bewegungs- und psychotherapeutische Maßnahmen sowie Operationen. Und weil das Sortiment der Maßnahmen, das Haus- und Fachärzte, niedergelassene und Krankenhausärzte anzubieten haben, nicht ausreichend erscheint, Schmerzen also nicht in ausreichendem Umfang oder gar nicht weniger werden, hat sich eine eigene Spezialisierung, die Schmerzmedizin, gebildet. 1975 wurde die Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, die heutige Deutsche Schmerzgesellschaft, gegründet. Auf ihr Bestreben geht es zurück, dass Ärzte heute die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerzmedizin“ erlangen können.

Verschiedene Therapieangebote

Jeder Arzt hat also je nach Herkunft und Profession, nach Überzeugung und Neigung für den Schmerz etwas anzubieten, meist unabhängig von der Art der Schmerzen. Hausärzte und Schmerzspezialisten werden eher Schmerzmedikamente verschreiben, vielleicht Akupunktur verordnen, Neurologen und Psychiater bevorzugen Antidepressiva und Präparate, die aus der Epilepsiebehandlung bekannt sind. In Krankenhäusern werden gerne Infusionen und Schmerzkatheter appliziert und natürlich auch Operationen zum Beispiel an eingengten Nerven oder verschlissenen Bandscheiben durchgeführt.

Wir sehen erstaunliche Zuwachsraten an Medikamentenverordnungen, an Operationen zur Schmerzlinderung. Dieser Trend gilt nicht nur für das deutsche Medizinsystem, das einen eher üppigen Gebrauch medizinischer Angebote mit über 18 Arztbesuchen pro Bürger und Jahr ermöglicht, sondern auch in den USA, wo viele über keinerlei Krankenversicherung verfügen. Und neben diesen medizinischen Angeboten kann man nach Belieben auf zahlreiche Hausmittel und esoterische Angebote zurückgreifen.

Das Regal der Schmerzmittel, Schmerzoperationen und Schmerzkuren ist über voll. Doch der Schmerz bleibt, obwohl der Drang zur Linderung stetig zunimmt.

Hohe Folgekosten vermeiden

Es gibt mittlerweile Aktionen, die das individuelle Handeln von Ärzten übersteigen, wie die „Schmerzfremde Stadt Münster“ oder das „Schmerzfremde Krankenhaus“, die beide von dem großen Pharmakonzern Mundipharma gefördert werden. Es gibt damit ein Anrecht auf zumindest so wenig Schmerz wie möglich in Krankenhäusern, wo ja viele Prozeduren mit Schmerz verbunden sind, und dies soll sogar in einer ganzen Stadt gelten. Schmerz wurde also zur Kampfzone erklärt und Schmerzbefreiung zum Dogma. Unterlegt wird die kämpferische Grundeinstellung nicht nur mit der ärztlichen Haltung, dem Patienten zu helfen, sondern auch mit den Kosten, die aus Schmerzen entstehen. Diese befördern und berechtigen wiederum einfache, weil vordergründige finanzielle Interessen, etwa der Pharmaindustrie und der Krankenhäuser.

Rückenschmerzen etwa sollen in Deutschland mit rund 50 Milliarden Euro jährlich zu Buche schlagen, bei Weitem nicht durch Diagnostik und Therapie, sondern vor allem durch die sozialen Folgekosten wie Arbeitsunfähigkeitstage und Berentungen. Die Schlussfolgerung ist, dass Diagnostik und Therapie besser werden sollen. Es soll auf jenes verzichtet werden, was infolge von Studien nicht besser ist als Spontanverlauf oder Placebo, zu viel Schadensrisiko mit sich bringt und zuletzt zu teuer ist: Es sollen weniger Röntgen- und MRT-Bilder angefertigt, keine Spritzen gegeben und weniger operiert werden. Doch die Realität sieht anders aus: Von 2004 bis 2007 wuchs die Zahl von MRT-Aufnahmen des Rückens um 88 Prozent, es wurden rund 400.000 Spritzen mehr für schmerzende Lendenwirbel verordnet und Operationen an denselben stiegen in der Summe um beinahe 100.000.

Der Patient als Kunde

Die Schlussfolgerung, böse Ärzte verführten ahnungslose Patienten, ist jedoch zu einfach. Eine bemerkenswerte Studie aus Großbritannien gab Hinweise, warum Ärzte entgegen besserer Überzeugung Röntgenbilder bei akuten Rücken-

schmerzen anfertigen. Wenn Patienten geröntgt werden, sind sie spontan zufriedener mit der Behandlung – vielleicht, weil sie den Eindruck haben, dass man sich besser um sie gekümmert hat. 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 erhielten. Nichts ist für Ärzte beruhigender als zufriedene Patienten, doch hier zeigt sich, 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.

„Schmerz wurde zur Kampfzone erklärt und Schmerzbefreiung zum Dogma.“

denen Patienten dieser Studie in der darauf folgenden Zeit häufiger zum Arzt als die weniger zufriedenen, die kein Röntgenbild erhielten. Nichts ist für Ärzte beruhigender als zufriedene Patienten, doch hier zeigt sich, 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.

Teure Diagnostik und Systemfehler

Natürlich müssen auch Veränderungen im Medizinbetrieb und in der Vergütung medizinischer Leistungen berücksichtigt werden. In den Krankenhäusern, in denen die 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 – Behandlungen, die ambulant nicht möglich sind. Patienten, die eine Krankenhausambulanz aufsuchen, werden also kategorisiert nach „braucht solche Leistungen“ oder „braucht solche Leistungen nicht“. Nun folgt daraus in einem sich durch Lernen dynamisch entwickelnden Medizin-System einiges.

Um alle Krankenhausbetten zu füllen, müssen Patienten im Zweifelsfall in die Kategorie „braucht diese Leistungen“ aufgewertet werden. Schmerzen, die entweder durch Bewegung und Patientenaktivität plus Spontanverlauf besser werden könnten, werden nun invasiv, mittels Katheter oder Operation, behandelt. Die Kampfzone Schmerz wird also zunehmend aggressiver, weil Belegun-

gen, Budgetleistungen für Krankenhausabteilungen und damit auch Arbeitsplätze gerettet werden sollen.

Die jungen Ärzte lernen nur diese Leistungen und zudem, dass diese Leistungen notwendig seien. Selten erleben sie Spontanverläufe oder das, was ohne ärztliche Intervention unter Einbeziehung des Patienten möglich wäre. Wenn diese Ärzte irgendwann das Krankenhaus verlassen, werden sie die Überzeugung mitnehmen, dass nur ärztliches Handeln hilft, und dies als niedergelassene Ärzte auch ihren Patienten vermitteln.

Vertrauen in Technik

Krankenhausleistungen sind meist technisch, das Denken und Agieren der Ärzte ist darauf abgestimmt. Um so arbeiten zu können, benötigen sie eine technische

„Erlösungssehnsüchte vom bedrohten Leben, auch vom Schmerz, müssen zunehmend von der Medizin getragen werden.“

Ausstattung, die von Medizinproduktsherstellern kommt. Diese (und auch die Pharmahersteller) bilden den medizinisch-industriellen Komplex, der den marktwirtschaftlichen Zielen folgend expandieren möchte und immer mehr Produkte zur Behandlung von Patienten in Krankenhäusern, Ambulanzen und Praxen dauerhaft platzieren möchte.

Nun ist in Deutschland der durch Mitgliedsbeiträge finanzierte Medizinmarkt der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) 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, die Personalkosten drückt. Die Schere zwischen Industrieprodukten und Personalkosten entwickelt sich seit Langem zu Ungunsten des Personals. Längst werden mehr als 50 Prozent aller Ausgaben der GKV für Industrieprodukte ausgegeben. Es ist tragisch, dass jeder Arzt, der technische Lösungen für Schmerz-

patienten favorisiert, weil er es so – eventuell entgegen wissenschaftlicher Erkenntnisse und Leitlinien – gelernt hat und die Industrie dies durch Marketing und politische Lobbyarbeit fördert, seinen eigenen Arbeitsplatz gefährdet.

Und 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.

Angst auf beiden Seiten

Schmerzpatienten suchen den Arzt häufig nicht nur wegen des schieren Schmerzes auf. Im Schmerz ist immer auch viel Angst, dass dieser übermächtig sei, nicht mehr aufhören werde, die Gegenwart und die Zukunft bedroht seien. Diese Angst wird die Kommunikation zwischen Patient und Arzt maßgeblich beeinflussen. Sie soll dem Anliegen des Patienten mehr Überzeugung verleihen und kann den Arzt unter Druck setzen.

Der Druck, den der Patient vermittelt, wird wahrscheinlich auch die Angst des ihm begegnenden Arztes befördern: die Angst zu versagen oder eigenen Ängsten zu begegnen. Ärzte befürchten, als nicht professionell und unsouverän 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 Spritzen und Infusionen. Es hat sich einzig in Deutschland etabliert, bei starken Rückenschmerzen intramuskulär, also meist in den Gesäßmuskeln, entzündungshemmende Medikamente zu spritzen. Diese Intervention ist in keiner Weise wirksamer als das gleiche Medikament in Tablettenform zu geben, hat aber ein viel größeres Risikopotenzial, insbesondere von Keimverschleppungen und damit der Gefahr einer Infektion.

Dennoch werden in Deutschland von Patienten solche Spritzen ebenso erwartet, wie von vielen Ärzten favorisiert. Die Spritzen mit den langen Nadeln haben einen ungeheuren Placeboeffekt. Obwohl also Ärzte Angst haben, allein durch ihr ärztliches Auftreten – einem Placebo gleich – beim Patienten Erfolg zu haben, nutzen sie mit dem Einsatz der langen Nadeln nichts anderes. Allerdings fügen sie dem Placebo ein großes Schädigungs-

potenzial hinzu, nur um im ärztlichen Klischee zu bleiben, das sie eben gelernt haben.

Zudem hat die Schmerzforschung das Schmerzgedächtnis entdeckt, also die Tatsache, dass sich ein schlimmes Schmerzereleben in unser Gehirn einbrennen kann. Doch in merkwürdiger Verkürzung führt das Wissen um dieses Schmerzgedächtnis bei manchen Ärzten zu der 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 statt Medikamenten mag auch der ärztliche Rat helfen, sich nie mehr zu bewegen, weil ja mit der Bewegung der Schmerz kam und wiederkommen könnte.

„Erlösung“ gibt es nicht

Im Schmerz steckt auch immer die Negation des Lebendigen, ein Widerspruch zu den Funktionen der Organe und zum Lebenswillen. Der Schmerz verursacht oft eine narzisstische Kränkung des Individuums, weil die Selbstbestätigung durch das „Leistenkönnen“ bedroht, gar beschädigt wird. Die Angst vor dieser Beschädigung wird durch die impliziten Angebote einer allmächtigen Medizin beruhigt. Es ist eine anthropologische Angst, die mit unserer Endlichkeit einhergeht. Wir alle kennen diese Angst, die durch Transzendierungen beruhigt werden kann. Mögen in früheren Generationen Gläubigkeit und Kirchgang geholfen haben, so steht Spiritualität in einer säkularen Gesellschaft immer weniger Menschen zur Verfügung. Hier 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 der Aufgabe, Erlösungssehnsüchte zu beruhigen, übernimmt.

Erlösungssehnsüchte auf der einen, Allmachtsfantasien auf der anderen Seite und die mediale Inszenierung zur gesellschaftlichen Einbettung erklären letztlich, warum wir ständig Leistungen am schmerzenden Körper erhoffen und auch annehmen. Ebenso lässt sich so erklären, dass Ärzte solche Leistungen anbieten, obwohl es keine wissenschaftlichen Be-

lege für deren Wirksamkeit gibt und das ärztliche Dogma, alles zu unterlassen, was den Patienten schädigt, hintergangen wird.

Eine ganze Gesellschaft ist überzeugt: Warum soll ich etwas unter Schmerzen erdulden, wenn es auch ohne geht? Doch damit geht die Kunst, mit Alltagsschmerzen umzugehen, verloren. Schmerzmedizin in schmerzfreien Krankenhäusern und 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 Schmerzlosigkeit ist eine unauflösbare Bürde an die Möglichkeiten der Schmerzbehandlung im Speziellen und an das ärztliche Handeln im Allgemeinen. Denn das wirksamste Mittel, die Handlungsmöglichkeiten der Betroffenen selbst, bleibt außer Acht.

Patientenautonomie stärken

Zuletzt muss man feststellen, dass die Handlungsmöglichkeiten eines jeden Einzelnen nur genutzt werden können, wenn Menschen auch als Schmerzpatienten Autonomie behalten beziehungsweise erlangen. Hierzu ist es zunächst immer nötig, dass der Grad der Medikalisierung gering gehalten wird. Gerade mit den schon angesprochenen durchschnittlich 18 Arztbesuchen eines Bundesbürgers im Jahr sind wir davon aber weit entfernt. Auch Angebote wie „Endlich Urlaub vom Schmerz“ durch Einnahme eines vermeintlich hochwirksamen Schmerzmittels beleuchten den völlig falschen Weg, weil hier Versuchen

ausgesprochen und uneinlösbare Erwartungen genährt werden.

Braucht der Schmerzgeplagte letztlich doch einen Arzt, muss er in die Behandlung als aktiver Partner einbezogen werden. Notwendig ist eine dialogische Beziehung zwischen Arzt und Patient, wofür natürlich auch die Bedingungen in Krankenhäusern und Praxen aufgebaut werden müssen. Es geht um die Geschichten hinter den Schmerzen: Ängste und der Verlust guter Stimmung des Patienten müssen berücksichtigt werden. Denn Schmerzen sind oft ein Symptom für eine generalisierte Stress- und Überforderungsproblematik sowie deren unzureichende Regulationsmöglichkeiten. Wenn der Patient sich und seine Bedürfnisse versteht, dann kann auch ein Weg gefunden werden, Schmerzen nachhaltig zu bessern – ohne Medikamente, ohne Spritzen, ohne Operationen.

Entmedikalisierung

Jedoch zeigt die moderne Schmerzmedizin die Tendenz, nicht nur den Schmerz, sondern auch den Patienten zum Objekt zu machen, wenn sie ihm für jeden Schmerz eine ärztliche Handlung anbietet. Wenn in Hochglanzbroschüren und im Internet verlockende Luxusbehandlungen gegen Schmerzen angeboten werden, erscheint es fast ein Vorzug, an Schmerzen zu leiden, um endlich in den Genuss medizinischer Angebote zu kommen. Wir können den Schmerz nicht durch immer mehr Schmerzmedizin eindämmen, sonst sind wir im „Hase und Igel-Wettbewerb“ immer der Hase.

Der Kampf gegen die Lebensäußerung Schmerz 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. Genauso wie viel Verkehr nicht mit mehr Straßen weniger wird, kann Schmerz nicht mit mehr Medizin verdrängt werden – höchstens vorübergehend und im Einzelfall, nicht jedoch für alle und auf Dauer. Patienten und Ärzte müssen Verzicht lernen. Nicht nur das gesellschaftliche System ist veränderlich und passt sich an – auch die Menschen. Wenn wir es laufen lassen wie bisher, könnte es sein, dass wir dem Schmerz gegenüber machtlos werden. ■

Gibt es Schmerzen, die einen persönlich weiterbringen können?

„Schmerz ist die Begegnung mit dem Nichtkönnen. Umso länger Schmerzen bestehen, umso mehr bedeutet Schmerz eine Krise des bisherigen Lebensweges. Somit kann die erfolgreiche Bewältigung von Schmerz auch die Chance zur persönlichen Weiterentwicklung sein.“



Marcus Schiltenswolf

geb. 1959, ist Leiter der konservativen Orthopädie am Universitätsklinikum Heidelberg.
marcus.schiltenswolf@urz.uni-heidelberg.de

Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. Ihr Schmerznetzwerk

- kompetent, interdisziplinär, interprofessionell
- Praxis, Wissenschaft, Service und Interessenvertretung
- für Sie als Arzt, Psychologe, Pflegekraft, Physiotherapeut, Wissenschaftler, Experte oder Patient

4. Juni 2013
Werden Sie aktiv!
Aktionstag gegen den Schmerz

Wir bündeln umfassend die Schmerzkompetenzen aus allen Bereichen der Schmerzmedizin.
Sprechen Sie uns an! Thomas Isenberg, Geschäftsführer, E-Mail: info@dgss.org

Bundesgeschäftsstelle
Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.
Alt-Moabit 101 b
10559 Berlin

Telefon: +49 30 39409689-0
Telefax: +49 30 39409689-9

www.dgss.org



Deutsche Schmerzgesellschaft e.V.