

Rudolf Likar
Günther Bernatzky
Svetlana Geyrhofer
Bärbl Buchmayr
Hrsg.

Multimodale Schmerztherapie in der Pflege

Multimodale Schmerztherapie in der Pflege

Rudolf Likar • Günther Bernatzky
Svetlana Geyrhofer • Bärbl Buchmayr
Hrsg.

Multimodale Schmerztherapie in der Pflege



Springer

Hrsg.

Rudolf Likar
Anästhesie und Intensivmedizin
Klinikum Klagenfurt am Wörthersee
Klagenfurt, Österreich

Günther Bernatzky
Naturwissenschaftliche Fakultät
Universität Salzburg
Salzburg, Österreich

Svetlana Geyrhofer
Pflege minus Schmerz
Geyrhofer KG
Grein, Österreich

Bärbl Buchmayr
Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin
(Kinder- und Jugendlichenpflege)
Wickelfachfrau, Aromapflegexpertin
Eggelsberg, Österreich

ISBN 978-3-662-68955-4

ISBN 978-3-662-68956-1 (eBook)

<https://doi.org/10.1007/978-3-662-68956-1>

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <https://portal.dnb.de> abrufbar.

© Der/die Herausgeber bzw. der/die Autor(en), exklusiv lizenziert an Springer-Verlag GmbH, DE, ein Teil von Springer Nature 2025

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Die Wiedergabe von allgemein beschreibenden Bezeichnungen, Marken, Unternehmensnamen etc. in diesem Werk bedeutet nicht, dass diese frei durch jede Person benutzt werden dürfen. Die Berechtigung zur Benutzung unterliegt, auch ohne gesonderten Hinweis hierzu, den Regeln des Markenrechts. Die Rechte des/der jeweiligen Zeicheninhaber*in sind zu beachten.

Der Verlag, die Autor*innen und die Herausgeber*innen gehen davon aus, dass die Angaben und Informationen in diesem Werk zum Zeitpunkt der Veröffentlichung vollständig und korrekt sind. Weder der Verlag noch die Autor*innen oder die Herausgeber*innen übernehmen, ausdrücklich oder implizit, Gewähr für den Inhalt des Werkes, etwaige Fehler oder Äußerungen. Der Verlag bleibt im Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutionsadressen neutral.

Planung/Lektorat: Renate Eichhorn

Springer ist ein Imprint der eingetragenen Gesellschaft Springer-Verlag GmbH, DE und ist ein Teil von Springer Nature.

Die Anschrift der Gesellschaft ist: Heidelberger Platz 3, 14197 Berlin, Germany

Wenn Sie dieses Produkt entsorgen, geben Sie das Papier bitte zum Recycling.

Vorwort

Immer noch leiden zu viele Menschen unnötig an Schmerzen. Hier könnte der Ausbau der extramuralen Versorgung mit Erstkonsultation bei Pflegepersonen eine schnellere Einleitung der multimodalen Schmerztherapie für die Betroffenen gewährleisten. Professionelle Pflegepersonen müssen in der Gesundheitsförderung und Prävention endlich einen Stellenwert erhalten, um nachhaltig Strukturen aufzubauen, die sich mit der Vorbeugung von Schmerzchronifizierung beschäftigt.

Das vorliegende Werk entstand multiprofessionell, es finden sich Beiträge sowohl von Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:innen, Ärzt:innen als auch Psycholog:innen und Physiotherapeut:innen. Nur gemeinsam wird es gelingen, für die Schmerzpatient:innen eine gute multimodale Versorgung anzubieten.

Ein besonderes Augenmerk wurde auf die pflegerischen Kernkompetenzen gelegt. Sowohl in Deutschland als auch in Österreich finden sich in den gesetzlichen Grundlagen die Tätigkeiten mit Vorbehaltsgesetz. Damit wird gewährleistet, dass pflegerische Interventionen von Pflegepersonen mit einer hohen Qualifikation durchgeführt werden. Deshalb wurde ein eigener Buchabschnitt „Pflegetherapeutische Interventionen im Schmerzmanagement“ eingefügt. Autor:innen aus der Pflege haben die zahlreichen Anwendungsmöglichkeiten mit ihren Buchkapiteln aufgezeigt.

Mit diesem Buch möchten wir das aktuelle Wissen im multimodalen Schmerzmanagement allen Akteur:innen näherbringen und hoffen auf eine weitere stetige Veränderung der klinischen Praxis.

Wir bedanken uns bei allen, die tatkräftig an der Entstehung dieses Buches mitgewirkt haben.

Grein, Österreich
Eggelsberg, Österreich
Klagenfurt, Österreich
Salzburg, Österreich

Svetlana Geyrhofer
Bärbl Buchmayr
Rudolf Likar
Günther Bernatzky

Inhaltsverzeichnis

1	Die Lust und ihre Qualen	1
	Konrad Paul Liessmann	
2	Schmerz und Glaube, Versuch einer persönlichen Annäherung	9
	Heinz Nussbaumer	
Teil I Die Rolle der Pflege im Schmerzmanagement		
3	Akademisierung und Spezialisierung in der Pflege – von der Assistenztätigkeit zur Pain Nurse	23
	Svetlana Geyrhofer	
4	Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege	27
	Svetlana Geyrhofer	
5	S3-Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Positionspapiere bei Schmerzen	33
	Svetlana Geyrhofer	
Teil II Multimodale Schmerztherapie – Grundlagen, Recht, medikamentöse Schmerztherapie		
6	Interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie im psychosozialen Krankheitsmodell	41
	Ekkehard Schweitzer	
7	Der Schmerz ist älter als die Menschheit	55
	G. Bernatzky und R. Likar	
8	Wie Schmerzen entstehen: Schmerzphysiologie	61
	G. Bernatzky und R. Likar	

9	Wirkung ohne Wirkstoff – der Placebo-/Noceboeffekt	77
	R. Likar und G. Bernatzky	
10	Schmerztherapie in der Pflege – rechtliche Rahmenbedingungen	87
	M. Kletečka-Pulker und K. Doppler	
11	Analgetika und ihre Arzneimittelinteraktionen	95
	M. Anditsch und S. Geyrhofer	
12	Postoperativer Einsatz von Nicht-Opioidanalgetika	105
	R. Likar und R. Sittl	
13	Schmerztherapie bei Kindern	115
	Ruth Krumpholz	
14	Schmerztherapie bei Tumorpatienten	129
	R. Likar, M. Köstenberger und S. Neuwersch-Sommeregger	

Teil III Pflegerisches Schmerzassessment und Kommunikation mit Schmerzpatient:innen

15	Das pflegerische Schmerzassessment	153
	Svetlana Geyrhofer	
16	Schmerzassessment bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen	161
	Svetlana Geyrhofer	
17	Motivierende Gesprächsführung im pflegerischen Schmerzmanagement	169
	Manuela Klee	
18	Palliativpflege und Schmerzmanagement	179
	Manuela Klee	
19	Der „schwierige“ Patient in der Schmerztherapie – Herausforderung oder Chance	189
	Renate Pixner	
20	Kommunikation und Interaktion in der Pflege	201
	Gerald Gatterer	
21	Hypnose und Schmerz	229
	Agnes Kaiser Rekkas	

Teil IV Pflegetherapeutische Interventionen im Schmerzmanagement

22 Komplementäre Maßnahmen, nicht-medikamentöse Schmerztherapie mit Wickel und Kompressen, ätherischen Ölen, fetten Pflanzenölen und Heilpflanzen	245
Bärbl Buchmayr	
23 Akupressur bei Schmerzen	271
Marie-Christin Railender	
24 Komplementäre Pflege bei Arthrose	289
Manuela Ebner	
25 Gesundheitsberatung und komplementäre Pflege bei Dysmenorrhö	303
Christina Hattinger	
26 Komplementäre Pflege bei neuropathischen Schmerzen	319
Svetlana Geyrhofer	
27 Einreibungen und Streichungen zur Schmerzlinderung	331
Petra Ott	

Teil V Multimodale Interventionen im Schmerzmanagement

28 Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) zur Schmerztherapie	341
B. Disselhoff	
29 Spastik und Schmerz	353
Bernhard Taxer und Helmut Wandschneider	
30 Elektromagnetfeldtherapie: Welchem System darf man vertrauen?	367
Wolf A. Kafka	
31 Humor trotz(t) Schmerzen	387
Werner Gruber	
32 Schmerztherapie mit Laser	399
Viktor Sadil	
33 Stärkung der inneren Achtsamkeit	413
M. E. Harrer	
34 Ergotherapie in der Behandlung von Schmerzpatienten	425
H. Trabe	
35 Massage in der Schmerztherapie	443
A. Wicker	

36 Einfluss der Ernährung auf Alterungsprozesse und Erkrankungen sowie Anti-Aging-Empfehlungen	451
Werner Kullich	
37 Progressive Muskelentspannung nach Jacobson	469
G. Gatterer	
38 Craniosacrale Therapie	479
Inge Schmuck	
39 Biofeedback	487
Ingrid Pirker-Binder	
Stichwortverzeichnis	497

Autorenverzeichnis

Mag. Martina Anditsch Wien, Österreich

Dr. Günther Bernatzky Naturwissenschaftliche Fakultät, Universität Salzburg, Salzburg, Österreich

Bärbl Buchmayr Dipl. Gesundheits- und Krankenpflegerin (Kinder-und Jugendlichenpflege), Wickelfachfrau, Aromapflegexpertin, Eggelsberg, Österreich

Dr. Bertram Disselhoff Wetzlar, Deutschland

Bertram Disselhoff Wetzlar, Deutschland

Mag. Klara Doppler Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Wien, Österreich

Manuela Ebner Kematen an der Krems, Österreich

Univ. Doz. Dr. Gerald Gatterer Praxis für Psychotherapie, Wiener Neudorf, Österreich

Svetlana Geyrhofer Pflege minus Schmerz, Geyrhofer KG, Grein, Österreich

Svetlana Geyrhofer Grein, Österreich

Mag. (FH) Werner Gruber Salzburg, Österreich

Dr. M. E. Harrer Facharzt für Psychiatrie und psychotherapeutische Medizin, Psychotherapeut, Salzburg, Österreich

Christina Hattinger Pilsbach, Österreich

Prof. Dr. Wolf A. Kafka Kottgeisering, Deutschland

Manuela Klee, M.Sc. Mobiles Palliativteam & Palliativkonsiliardienst der Caritas ED Wien-Neunkirchen, Wiener Neustadt, Österreich

Priv.-Doz. Dr. Mag. Maria Kletečka-Pulker Institut für Ethik und Recht in der Medizin, Universität Wien, Wien, Österreich

Dr. M. Köstenberger Abteilung Anästhesiologie, Intensivmedizin, Klinikum Klagenfurt am Wörthersee, Klagenfurt, Österreich

Prim. Dr. Ruth Krumpholz Fachbereich Anästhesie, Landeskrankenhaus Bludenz, Bludenz, Österreich

Univ. Doz. Dr. Werner Kullich LBIAR, Ludwig Boltzmann Institut, Saalfelden, Österreich

Univ. Prof. i. R. Dr. Konrad Paul Liessmann Institut für Philosophie, Universität Wien, Wien, Österreich

Prof. Dr. R. Likar Abteilung Anästhesie u. Intensivmedizin, LKH Klagenfurt, Klagenfurt, Österreich

S. Neuwersch-Sommeregger KSN Medical OG, Klagenfurt, Österreich

Prof. Heinz Nussbaumer Hinterbrühl, Österreich

Petra Ott Ganzheitliche komplementäre Gesundheits- & Pflegepraxis, Langenlois, Österreich

MMag. Dr. Ingrid Pirker-Binder Wien, Österreich

Renate Pixner Universitätsklinikum Salzburg, UK für Anästhesiologie und Intensivmedizin, Anästhesie Pflege - Akutschmerzdienst, Salzburg, Österreich

Marie-Christin Railender Neudorf im Weinviertel, Österreich

Dr. Dipl. Psychologin, Psychotherapeutin mit Approbation Agnes Kaiser Rekkas München, Deutschland

Prim. Dr. Viktor Sadil Gesundheitseinrichtung Bad Schallerbach, Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau, Bad Schallerbach, Österreich

Inge Schmuck Linz, Österreich

OA Dr. Ekkehard Schweitzer Klinik Hietzing, Abt. für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Klinik Hietzing, Wien, Wien, Österreich

Dr. med. Dipl. Soz-W. Reinhard Sittl Klagenfurt, Österreich

Bernhard Taxer, MSc, PhD Universitätsklinik für Neurologie der PMU, Christian-Doppler-Klinik Uniklinikum, Salzburg, Österreich

Studiengang Physiotherapie, Fachhochschule JOANNEUM, Graz, Österreich

Hubert Trabe Ebenthal in Kärnten, Österreich

Helmut Wandschneider, MSc Studiengang Physiotherapie, Fachhochschule JOANNEUM, Graz, Österreich

Univ. Prof. Dr. Anton Wicker Medizinisches Zentrum Bad Vigaun, Bad Vigaun, Österreich



Die Lust und ihre Qualen

1

Eine kleine Philosophie der Schmerzen

Konrad Paul Liessmann

„Die Welt ist tief,
Und tiefer als der Tag gedacht.
Tief ist ihr Weh –,
Lust – tiefer noch als Herzeleid:
Weh spricht: Vergeh!
Doch alle Lust will Ewigkeit –“
(Friedrich Nietzsche: *Also sprach Zarathustra*)

Keine Frage: Lust und Schmerz stellen die Pole dar, zwischen denen unser Leben aufgespannt ist, sie definieren unser Verhältnis zur Welt: die Lust in einer bejahenden, affirmativen Weise, der Schmerz als erlebte Negativität. Schmerz und Lust gehören aber auch in anderer Weise zusammen: Schmerz kann in Lust umschlagen, Lust kann in tiefem Schmerz enden, und antike Weisheitslehrer wie Epikur oder auch die Stoiker empfahlen, es mit den Lüsten nicht zu übertreiben, ansonsten wären unangenehme Folgeschmerzen nicht zu vermeiden. Nicht Lustfeindlichkeit bestimmte dieses Denken, sondern das Wissen um den inneren Zusammenhang von Leid und Lust. Wenn es darum geht, sowohl in körperlicher als auch in seelischer Hinsicht Schmerzen zu vermeiden, zumindest zu minimieren, sollte man mit seinen Lüsten achtsam und in wohl dosierter Form umgehen und

Eröffnungsvortrag des 29. Kongresses der Österreichischen Schmerzgesellschaft, gehalten am 11. Mai 2023 in Villach

K. P. Liessmann (✉)

Institut für Philosophie, Universität Wien, Wien, Österreich

e-mail: konrad.liessmann@univie.ac.at

sich auch von jenen Eruptionen der Affekte freihalten, die eine schmerzfreie Ruhe des Seelenlebens nur stören können. Distanz und Gelassenheit sind keine besonderen Tugenden, sondern Methoden der Schmerzvermeidung. Dass es zum Wesen der Lust gehört, weil sie sich in der Unmittelbarkeit entfaltet, mögliche schmerzhafte Konsequenzen einfach auszublenden, ist dabei mitunter übersehen worden.

Die Versuchung liegt nahe, Schmerz und Lust als eine Einheit zu betrachten. Lust: Das ist der Moment der Befriedigung eines eminenten Bedürfnisses, und Modell für alle Lust ist die Sexualität. Lust ist aber auch das Begehrten in einem weiteren Sinn, so wie es die Sprache des Alltags formuliert: Lust haben auf etwas. Dieses Gerichtetsein auf ein Objekt der Begierde antizipiert gleichsam die lustbringende kommende Erfüllung. Gleichzeitig liegt in diesem Lusthaben auf etwas auch schon der Schmerz verborgen, denn etwas begehrten bedeutet, warten zu müssen. Und jedes Warten, jeder Aufschub einer Befriedigung, jedes Triebziel, das in der Ferne liegt, tut weh. Aber es ist ein Schmerz, der immer schon versüßt ist durch die Erwartung. Frustrationen, verweigerte Befriedigungen sind auch deshalb so schwer zu verkraften, weil diese Erwartung enttäuscht wird und nur der Schmerz des Aufschubs übrig bleibt.

Wer über den Schmerz und sein Verhältnis zur Lust nachdenkt, stößt irgendwann auf Friedrich Nietzsche. Der Philosoph, der sich selbst mitunter als Psychologe und Physiologe verstand, hat den Versuch unternommen, so radikal wie möglich den zahlreichen Facetten unserer leiblichen und seelischen Empfindungs- und Erfahrungsmöglichkeiten nachzuspüren. Und er wusste, wovon er sprach. Der Prophet der Härte und Kälte, als der Nietzsche gern apostrophiert wird, litt selbst zeitlebens unter ständigen Unpässlichkeiten, verbunden mit starken Schmerzen. Der Philosoph laborierte an einer unangenehmen Augenkrankheit, an einer chronischen Magenverstimmung, an einer schweren seelischen Zerrüttung, womöglich auch an den Folgen einer in früher Jugend erworbenen Syphilis. Er wusste, was körperliche Leiden sind. Es lohnt sich deshalb, bei einer philosophischen Be trachtung des Schmerzes und seines Widerparts, der Lust, von einigen Überlegungen Nietzsches auszugehen.

Das Verhältnis von Lust und Schmerz, ihre Ferne zueinander, aber auch ihre Nähe berühren fundamentale Fragen der menschlichen Existenz. In Nietzsches Aphorismensammlung *Die fröhliche Wissenschaft* findet sich folgende aufschlussreiche Bemerkung: „Der Schmerz fragt immer nach der Ursache, während die Lust geneigt ist, bei sich selber stehen zu bleiben und nicht rückwärts zu schauen“ (KSA 3, 384).¹ Der Schmerz fragt immer nach der Ursache. Das ist eine leicht zu überprüfende, aber doch selten gemachte Beobachtung. Sobald uns etwas weh tut – sei es in oder an unserem Körper, sei es eine seelische Verstimmung –, fragen wir nach dem Warum dieses Unbehagens. Der Schmerz ist ein Indikator für ein Ungleichgewicht, für ein Defizit, für eine Dysfunktionalität, für eine Verletzung. Die Abwesenheit von Schmerz spüren wir nicht. Sobald sich unser Körper oder unsere Seele melden, wissen wir, dass etwas nicht stimmt. Wir wollen diesen unan-

¹Friedrich Nietzsche wird im Text zitiert nach: Friedrich Nietzsche: Sämtliche Werke. Kritische Studienausgabe (KSA), hg. von Giorgio Colli und Mazzino Montinari, München 1980.

genehmen Zustand so schnell wie möglich beenden, den Schmerz dämpfen, zum Verschwinden bringen und betreiben deshalb Ursachenforschung. Bei der Symptombehandlung stehenzubleiben und den Schmerz zu beruhigen, ohne seine Ursachen zu erkennen, kann nur eine vorläufige Therapie sein. Das gilt auch, ja sogar in besonderem Maße, für psychische Leiden. Es gehört mittlerweile zu unserem Alltagsverständnis, seelische Leiden und ihre körperlichen Symptome auf traumatische Erfahrungen der Vergangenheit zurückzuführen, und das Aufspüren dieser bis weit in die frühe Kindheit zurückreichenden Ursachen aktuellen Leids grundiert das Selbstverständnis zahlreicher psychotherapeutischer Schulen, wie unterschiedlich im Detail die Akzente dabei auch gesetzt werden mögen. Zumindest für die Psychoanalyse gilt, dass eine Therapie nur dann erfolgreich sein wird, wenn sie Ängste, Phobien, Neurosen, Fehlleistungen, Lähmungen und Blockaden bis zur Wurzel zurückverfolgen kann, also radikal im Wortsinn ist.

Wenn wir unter einer seelischen Pein leiden, müssen wir irgendwann dazu eine Geschichte erzählen, denn die Ursache der Widrigkeiten liegt in unserer Vergangenheit. Die Krankengeschichte gehört in einem wesentlichen Sinn zur Krankheit, und nicht nur die Weltliteratur ist reich an solchen Narrationen, die um Verletzungen und Verwundungen aller Art kreisen. Das gilt auch für physische Schmerzen, und nicht nur bei modernen Infektionskrankheiten ist die Zurückverfolgung der Ansteckungsketten essenziell. Vor allem dort, wo Krankheiten als Resultate einer falschen Lebensführung interpretiert werden, steht mit der Analyse der Vergangenheit mitunter unsere bisherige Biografie zur Disposition. Falsche Ernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht, ungesunde Wohnverhältnisse, leichtsinniger Umgang mit Alkohol oder Nikotin, ungeschützter Geschlechtsverkehr: Mit dem akuten Schmerz wirft die damit verbundene Diagnose einen langen Schatten auf das bisherige Leben, stellt dieses insgesamt in Frage. Damit aber bindet uns der Schmerz auf gewaltsame Weise an uns selbst, an unsere Vergangenheit, an unsere Lebensgeschichte. Erst der Schmerz macht uns klar, dass wir die Vergangenheit nicht einfach durchstreichen können. Das gilt auch für kollektive Schmerzen, also soziale und politische Defizite, erlebte Ungerechtigkeiten, Konflikte und Auseinandersetzungen, die eine Gemeinschaft als schmerhaft erfährt: Um solche Schmerzen zu verstehen, müssen Geschichten der Unterdrückung und Benachteiligung erzählt werden, die mitunter Jahrhunderte zurückreichen können.

Ganz anders die Lust. Sie blickt nicht zurück. Sie blickt auch nicht nach vorn. Sie ist einfach bei sich. Und sie nötigt dazu nicht, eine Geschichte zu erzählen oder gar aufzuarbeiten. Nur die vorenthaltene, die nicht befriedigte Lust, die Frustration, blickt empört zurück und sucht nach denjenigen, die unsere Lustansprüche offenbar sabotierten. In der schönen Theorie Sigmund Freuds durchkreuzen die Realität selbst, die banale und sperrige Wirklichkeit, und die Zumutungen der Arbeitsgesellschaft ein Leben nach dem Lustprinzip. Ob es die Umstände sind, die Gesellschaft, oder gar ich selbst: Die Lust, die nicht zu sich kommen konnte, generiert unendlich viele, oft auch wehleidige Geschichten. Versagte Lüste prädestinieren die Menschen dazu, eine Opferrolle einzunehmen. Die Lust hingegen, die zu sich kommen kann, bleibt bei sich, schweift nicht ab, muss nicht nach Verantwortlichkeiten suchen. Das Schöne an der Lust ist: Sie benötigt keine Schuldzu-

schreibungen. In der Lust sind wir in einem bejahenden Sinn ganz bei uns – und dies so sehr, dass es kaum möglich ist, sich später einmal angemessen an diese Lust zu erinnern. Die intensivsten positiven Erfahrungen verblassen am schnellsten. Nur Schmerzen hinterlassen lang sichtbare Spuren und Narben.

In seiner Vorrede zur *Fröhlichen Wissenschaft* entdeckt Nietzsche den Zusammenhang von schmerzhafter Empfindungsfähigkeit und der Kraft des Denkens. Der tiefe Gedanke steht in einem unmittelbaren Zusammenhang zu jener Qual, durch die er ausgelöst wurde und die er zur Folge haben wird. Eine Erkenntnis, die nicht weh tut, ist keine. Mit einer nur prophetisch zu nennenden Kraft schreibt Nietzsche: „Wir sind keine denkenden Fröische, keine Objektivir- und Registrir-Apparate mit kalt gestellten Eingeweiden, – wir müssen beständig unsre Gedanken aus unsrem Schmerz gebären und mütterlich ihnen Alles mitgeben, was wir von Blut, Herz, Feuer, Lust, Leidenschaft, Qual, Gewissen, Schicksal, Verhängniss in uns haben“ (KSA 3, 349). Auch wenn Nietzsche hier von den Philosophen spricht, wird der fundamentale Zusammenhang von Reflexion, Leidenschaft und Schmerz deutlich gemacht. Denkende Menschen sind keine Apparate, die nur Daten registrieren und verrechnen. Nietzsches Bemerkung enthält eine Kritik der digitalen Vernunft *avant la lettre*. Die Überantwortung von immer mehr Entscheidungen an eine künstliche Intelligenz, also an Algorithmen, die scheinbar objektiv Daten sammeln, ordnen, auswerten, Muster destillieren, Wahrscheinlichkeiten berechnen und daraus nach vorgegebenen Parametern Handlungsanweisungen ableiten, unterstreicht den Wunsch der Menschen, sich einem Mechanismus zu unterwerfen, dem jeder Schmerz, jede Leidenschaft, auch jedes Vorurteil und jedes Verhängnis fehlen. Dass Menschen Fehler machen, Impulsen folgen, Lebensgeschichten mit sich tragen, verzerrt und ungerecht urteilen, aber auch durch ihr Gewissen in Zweifel gestürzt werden können, darf in einer Welt keinen Platz mehr haben, in der der Anspruch auf Wahrheit mit Berechenbarkeit verwechselt wird und einem anonymen und vermeintlich unbestechlichen Algorithmus mehr Macht eingeräumt wird als einem Menschen. Vom Objektivierungswahn bei Bewerbungsverfahren bis zur Frage, wie sich ein autonomes Automobil in kritischen Situationen verhalten wird, reicht die Palette der Tätigkeitsfelder, in denen man sich durch Quantifizierungsexzesse von der tendenziell stets defizitären Qualität menschlichen Handelns befreien will. Für das Denken aber bedeutet dies schlicht, dass die KI, wie komplex sie auch konstruiert sein mag, in einem emphatischen Sinne nicht denken kann. Es fehlt ihr dazu schlicht die Erfahrung eines leiblichen Schmerzes. Was aber macht das Wesen des Schmerzes und der Schmerzen aus?

In dem Gedicht „Oh Mensch! Gieb Acht!“ aus Nietzsches umstrittenem philosophischem Roman *Also sprach Zarathustra*, das Gustav Mahler in seiner *Dritten Symphonie* kongenial vertont hat,² lautet ein entscheidender Vers: „Weh spricht: Vergeh!“ (KSA 4, 285 f.). In nuce enthalten diese wenigen Worte eine umfassende Phänomenologie des Schmerzes. Der Schmerz spricht. Das ist nicht nur metaphorisch gemeint. Der Schmerz

²Zu diesem Gedicht und seinen philosophischen und musikalischen Deutungen vgl. Konrad Paul Liessmann: Alle Lust will Ewigkeit. Mitternächtliche Versuchungen, Wien 2021.

kommuniziert mit uns, teilt sich mit. Der Schmerz, das Weh ist ein Signal. Dieses zeigt uns etwas an. Unsere alltagspsychologische Rede weiß davon. Wie oft werden wir in psychodynamischen Sitzkreisen, aber auch von wohlmeinenden Freunden aufgefordert, auf unseren Körper zu hören. Der Körper ist nicht stumm, er spricht. Wir interpretieren den Körper, das, was wir von ihm spüren, als Signalsystem, auf das wir achten sollten.

Im Wesentlichen kennt der Leib nur zwei Zustände, über die er uns unablässig informiert: Lust und Leid. Hier interessiert uns das, was das Weh, was der Schmerz, was Leid-erfahrungen, was Seelenqualen uns mitteilen können. Im Grunde ist der Schmerz ein Hinweis auf etwas Tieferes. Er gibt uns Auskunft über das, was unter der Oberfläche liegt. Etwas, das uns tief berührt, geht sprichwörtlich unter die Haut. Wenn wir in medizinischen oder therapeutischen Zusammenhängen davon sprechen, dass uns etwas weh tut, dann deuten wir diesen Schmerz auch intuitiv als Symptom, als Zeichen und Anzeichen dafür, dass etwas nicht stimmt. Der Schmerz ist stets eine Warnung. Der Schmerz ist nicht identisch mit den Ursachen des Schmerzes, weshalb Schmerztherapien nicht nur den Schmerz beruhigen müssen, sondern die Ursachen beseitigen sollten. Der Schmerz als Symptom kann – das wusste auch Nietzsche – durch Betäubungsmittel aller Art neutralisiert werden, für das „Herzeleid“, also den Liebeskummer, genügt manchmal schon eine Flasche Wein. Damit ist aber nicht das beseitigt, was in uns nagt und zehrt und aufbricht. Natürlich ist auch Warten eine Möglichkeit – aber das kann manchmal lange dauern. Die Zeit heilt nicht alle Wunden, sie lehrt nur Formen der Gewöhnung und das Vergessen. Es gibt aber Schmerzen, an die können wir uns weder gewöhnen noch können wir sie vergessen.

Jeder Schmerz, jedes Weh, jedes Leid, zumal der seelische, aber auch der physische Schmerz spricht in einer Weise mit uns, die diesen Signalcharakter weit übersteigt. Im Schmerz werden wir mit uns selbst konfrontiert, im Schmerz kommunizieren wir nicht nur mit unserem Körper und unseren Empfindungen, im Schmerz erfahren wir überhaupt erst, dass und in welcher Weise wir leibliche Wesen sind. Dass Menschen nach einem ungewohnten sportlichen Training im Spüren der schmerzenden Körperteile gern halb ironisch, halb ernsthaft bekennen, sie hätten gar nicht gewusst, wo ihr Körper überall Muskeln hat, die weh tun können, demonstriert die harmlose Seite dieser Erkenntnismöglichkeit. In der Schmerzerfahrung offenbart sich radikal ein altes Problem der Philosophie: Wie kann ich mir selbst zu einem Gegenstand werden? Wir sind Wesen, die als Subjekte ein Bewusstsein von der Welt entwickeln, in diesem Bewusstsein aber selbst als Objekt erscheinen. Wir sprechen deshalb im Alltag in der Regel als gespaltene Wesen, wenn wir sagen: *mein* Körper, *mein* Auge, *mein* Kopf, *meine* Hand, *mein* Fuß, *meine* Lust, *mein* Weh, *mein* Schmerz. Als wären die Teile des Körpers und die damit verbundenen Erfahrungen etwas mir Zughöriges, über das ich im Modus des Besitzens verfügen kann. Ohne diesen Körper aber gibt es kein Ich. Im Schmerz entdecken wir die fatale Seite dieses Objektseins: Etwas an uns, etwas in uns tut weh, und dies soll nicht sein. Der Schmerz macht mich nicht nur zum Objekt meiner selbst, er entfremdet mich auch gleichzeitig von mir, bringt mich in Negation zu Teilen von mir selbst. Zu meinem Schmerz kann ich mich nicht unmittelbar bekennen.

Die Botschaft des schmerzenden Körpers oder der schmerzenden Seele scheint einfach und ist doch so schwer: „Weh spricht: Vergeh!“ Dieser Imperativ ist alles andere als eindeutig. Wem gibt das Weh diesen Befehl? Naheliegend ist die Deutung, dass diese Aufforderung der Schmerz an sich selbst richtet. Es gehört zur Bestimmung des Schmerzes, dass er vergehen soll, dass er nicht von Dauer sein darf, um das Leben nicht zu gefährden. Schmerzen wollen – sieht man vom Lustschmerz des Masochisten einmal ab – therapiert werden. In der Terminologie der Moralphilosophie ließe sich diese Selbstbezüglichkeit im Schmerz auch so formulieren: Der Schmerz ist da, aber er soll nicht sein. Leid ist prinzipiell zu vermeiden, zumindest zu lindern. Wenn es einen moralischen Imperativ gibt, der mit rascher Zustimmung rechnen darf, dann ist es die Aufforderung zur Leidvermeidung. An dieser Maxime orientierten sich antike Philosophen wie Epikur ebenso wie Arthur Schopenhauer, die klassischen Utilitaristen so gut wie moderne Vertreter der Tierethik. Das Gebot der Leidensvermeidung liegt in der modalen Logik des Schmerzes selbst: Es ist das Sein, das sein Nichtseinsollen in sich trägt. Von allen Dingen auf dieser Welt, von denen sich sagen lässt, dass sie sein sollen oder dass es gut ist, dass sie da sind, gilt: Sie tun nicht weh. Würden sie wehtun, würden wir ihnen zurufen: Verschwindet, weg mit euch, ihr sollt vergehen!

Der Schmerz ist per definitionem dasjenige, das beseitigt werden soll. Wir nehmen ihn nur in Kauf, um größere oder bedrohlicher Schmerzen zu vermeiden. Das gilt für die schmerhaften Einschnitte des Chirurgen ebenso wie für die der Ökonomen. Wer den Schmerz zulässt, gar fordert, steht unter Rechtfertigungsdruck. Die Aufforderung zur Schmerzbesänftigung, zur Leidreduzierung, zur Leidvermeidung ist deshalb nicht nur Konsequenz eines zentralen moralphilosophischen Prinzips, sondern auch individuelle und gesellschaftliche normative Praxis. Maßnahmen, die notwendig sind, um das Leben des Einzelnen oder die Entwicklungschancen einer Gesellschaft zu wahren, dürfen nicht allzu sehr schmerzen. Dass die Sehnsucht nach Schmerzfreiheit zu einer ruhiggestellten Gesellschaft führen kann, die keine Verletzungen etwa im Rahmen intellektueller Auseinandersetzungen mehr dulden will, ist aus diesen Gründen unmittelbar nachvollziehbar. Wenn allerdings umgekehrt der Schmerz gerade in seiner Negativität ein Medium der Erkenntnis ist, brächte sich solch eine Gesellschaft um die Möglichkeit, den Schmerz in seiner Tiefe auszuloten und die Übel an der Wurzel zu packen. Die verordnete Schmerzfreiheit der Diskurse, die nun überall eingerichteten *Safe Spaces* gleichen synthetischen Beruhigungsmitteln, die über die Ursachen des Leids eine Zeit lang hinwegtäuschen können. Oder, um im Nietzscheanischen Duktus zu sprechen, es gibt einen Grad von Wehleidigkeit, der diesen Imperativ des „Vergeh!“ dazu benutzt, nichts mehr an sich heranzulassen, was auch nur im Entferntesten die eigene emotionale und geistige Befindlichkeit trüben könnte. Noch der legitime Wunsch nach Schmerzfreiheit kann schmerhaft missbraucht werden.

„Weh spricht: Vergeh!“ Dieser Vers könnte auch anders gelesen werden. Spricht wirklich der Schmerz zu sich? Enthält dieser Imperativ tatsächlich die Aufforderung an den Schmerz, dass er verschwinden soll? Was, wenn der Adressat dieses „Vergeh!“ der leidende Mensch selbst ist, der vom Schmerz Befallene, dem das Weh nun sein „Vergeh!“

zuflüstert, zuruft, ins Gesicht schreit? Wer unter Schmerzen leidet, hat mitunter das Gefühl zu vergehen, wer vor Schmerz wie von Sinnen ist, oder in Ohnmacht fällt, hat zumindest für eine bestimmte Phase die Welt des kontrollierten Bewusstseins verlassen. Der Schmerz kann so rasend sein, dass ich den betroffenen Körperteil am liebsten entfernen möchte, und eines der zentralen Argumente für Sterbehilfe beruht auf der Annahme, dass es einen Schmerz gibt, von dem nur die Beendigung des Lebens erlösen kann. Als Imperativ formuliert, bedeutet dies: Ich soll verschwinden, soll diese Welt verlassen, ich soll den Schmerz beenden, indem ich mich beende. Das ist vielleicht die tiefste Dimension des Schmerzes, dieses Vergehen im doppelten Sinn des Wortes: Nur wenn ich vergehe, vergeht auch der Schmerz.

Schmerz ruft immer nach der Beendigung von Zuständen. Das Unerträgliche des Schmerzes besteht jedoch darin, dass sich diese Zustände nicht so einfach beenden lassen. Leben wollen kann auch bedeuten, Schmerzen auszuhalten. Menschen, so sagt man, kommen aus Schmerzerfahrungen als andere heraus, ihre Biografie weist dadurch einen signifikanten Bruch auf. Wer diesem Appell des Schmerzes, doch zu verschwinden, Widerstand leistet, wer gegen eine Krankheit kämpft, wer dem Leid etwas entgegensetzt, hat dadurch ein Bekenntnis zum Leben abgelegt, das uns mit Respekt und Bewunderung erfüllen kann. Durchlebte und überwundene Krankheiten können Menschen in ihrer Persönlichkeitsstruktur verändern.

Der Schmerz verändert aber auch unser Verhältnis zur Lust. Denn diesem „Weh spricht: Vergeh!“ lässt Nietzsche einen fundamental-trotzigen Vers folgen: „Doch alle Lust will Ewigkeit“ (KSA 4, 286). Das muss nicht metaphysisch gelesen werden. Es könnte auch bedeuten, dass die Schmerzen, die als Folgeerscheinungen unserer Lüste auftreten, uns signalisieren, diese Lüste zu beenden. Der Schmerz fordert die Lust auf, zu gehen. Doch diese weigert sich. Es ist die Lust, die uns jene Schmerzen ignorieren lässt, die sie selbst verursacht. Das würde erklären, warum viele Menschen von Dingen nicht lassen können, die ihnen unablässig Leid zufügen – im seelischen wie im körperlichen Bereich. Radikal ablehnen können wir deshalb nur jenen Schmerz, der in keinem irgendwie gearteten Verhältnis zur Lust steht. Diesen Schmerz – man denke an die schmerzhaften Symptome von Krankheiten oder Verletzungen – gibt es, und diesem gilt unser zutiefst legitimer Kampf um ein schmerzbefreites Leben. Die Qualen der Lust aber werden bleiben, solange wir uns als empfindungsfähige, als lustspendende und lustempfängliche Wesen verstehen.



Schmerz und Glaube, Versuch einer persönlichen Annäherung

2

Heinz Nussbaumer

„Mein Körper leidet, aber meine Seele ist gefasst.
Gestern abend sprach mir ein frommer Priester Trost zu.
Religion ist Trost für die Leidenden“
Violetta in Giuseppe Verdis „La Traviata“
3. Akt, 2. Szene

Zunächst ein Geständnis: Viel zu spät ist mir bewusst geworden, auf welches Risiko ich mich bei diesem Thema eingelassen habe. Vermutlich war ich dann zu stolz, um den Kopf noch zeitgerecht aus der Schlinge zu ziehen. Denn „Schmerz“ und „Glaube“, das sind – jeder für sich und noch weit mehr in ihrer Kombination – zwei viel zu große, viel zu schwierige Begriffe, um sie mit eigenen Erfahrungen und Einsichten deuten zu können.

Denn: Was ist „Schmerz“? Von welcher Art Schmerz reden wir? Und wer kann von sich sagen, dass er so viel Schmerz durchlitten hat, um öffentlich darüber berichten zu können?

Und was ist „Glaube“? Wer kann ernstlich von sich behaupten, „gläubig“ zu sein? Und wenn doch: Woran glaubt er? Und wie stabil und krisenresistent ist dieser Glaube – gerade in den Grenzerfahrungen des Lebens?

Und dann erst beides zusammengenommen – „Schmerz und Glaube“: Welche innere Bezogenheit haben sie? Welche Widersprüche tun sich da auf? Vor allem: Wenn wir den „Glauben“ als religiösen Begriff verstehen, dann geht es im Kontext mit dem „Schmerz“

H. Nussbaumer (✉)
Hinterbrühl, Österreich

um das uralte Menschheitsthema der *Theodizee*. Also um die Frage, wieso Gott – ein fürsorgender, liebender Gott jedenfalls – seine Geschöpfe unausweichlich Schmerzen, Krankheiten, ja den Tod erleiden lässt.

Dies alles sind Fragen, deren Beantwortung schwierig, ja unmöglich ist und die der Schreiber dieser Zeilen besser in andere Hände legen sollte. Aber dazu ist es nun einmal zu spät.

So kann dieser Beitrag keinesfalls den Anspruch einer ‚Expertise‘ erheben – weder religiös und schon gar nicht medizinisch. Sondern er muss ehrlicherweise auf seine Quellen verweisen: auf persönliche Erfahrungen und Erlebnisse, auf die ‚Ernte‘ vieler Gespräche mit Leidenden – und auf manche Lektüre.

Am Beginn steht eine Erinnerung – sie liegt schon einige Jahre zurück:

Es war eine schwere Operation gewesen, die der Autor eben hinter sich gebracht hatte, und ein paar Tage auf der Intensivstation standen nun bevor. Mit dem anfangs noch verwirrten Bewusstsein kam langsam auch der Schmerz, vor allem aber ein Gefühl des totalen Ausgeliefertseins und der Verzweiflung – und eine lähmende Zeitlosigkeit. In dem großen Raum mit seinen leise tickenden Überwachungsgeräten und dem fast geräuschlos arbeitenden Pflegepersonal wollten die Minuten und Stunden einfach nicht vergehen. Es schien, als klebten die Uhrzeiger über der Türe fest.

Da fasste ich – irgendwo zwischen Traum und Wachsein – einen merkwürdigen Entschluss: Ich wollte aus der Wirklichkeit auswandern. Wollte den Körper samt allen Ängsten hier liegen lassen und in eine andere Welt eintauchen. Einem spontanen Einfall entsprechend bin ich in Gedanken auf Pilgerschaft gegangen – von Wien nach Mariazell, dem großen österreichisch-mitteleuropäischen Marien-Wallfahrtsort. Einen Weg, den ich tatsächlich nur ein einziges Mal gegangen und der längst in eine ferne Erinnerung abgesunken war.

Was dann geschah, wurde für mich zu einem kleinen Wunder. Leichten Schritts – und ganz unbeschwert von aller äußerer Realität – war ich damals in Gedanken über weite Blumenwiesen gewandert; tauchte in dunkeln, regenfeuchten Wäldern in den Geruch von Waldmeister und Moos ein; habe im Schatten von Kapellen und Wegkreuzen Rast gemacht und unter einem Felsen auf der mitgebrachten Flöte gespielt.

Anfangs hatte es ein wenig gedauert, dann aber war ich verwundert – und später wie selbstverständlich – in jedes Detail des einmal erlebten Weges zurückgekehrt – und doch in eine neue Wirklichkeit. Alle Richtungspfeiler entlang der ‚Via Sacra‘ standen wieder dort, wo ich sie jetzt brauchte, um voranzukommen. Und auch dieselben Menschen, die ich schon Jahre zuvor unterwegs getroffen und auch nach der weiteren Strecke gefragt hatte, sie waren jetzt wieder da. Selbst Regen und Sonne wussten, wann sie ihren Auftritt hatten.

Wie lange ich damals unterwegs war – ich weiß es nicht. Vier Tage, so wie einst – sicher nicht. Waren es jetzt nur vier Stunden auf der großen, leise tickenden Uhr der Intensivstation? Oder gar noch weniger? Die Zeit hatte jede Bedeutung verloren. Und die Ankunft am Ziel, dem großen Wallfahrtsort hinter den sieben Bergen, – sie war dann auf eine seltsame

Weise weit weniger erfüllend, als es der Weg dorthin gewesen war. In der bleiernen Stille des Krankenhauses hatte ich unterwegs ja längst erreicht, was ich ersehnt hatte: Den Ausbruch aus der Bedrängnis. Das Gefühl der Freiheit und Leichtigkeit. Das Auskosten eines anderen, neuen Zeitmaßes. Das Umpolen von Wichtigkeiten. Das Eintauchen in eine große, gelassene Ruhe. Die Gewissheit, sich einer Führung überlassen zu können, die nicht die eigene ist. Nie wieder ist mir später – auch nicht in ähnlichen postoperativen Situationen – eine solch intensive Pilgerschaft gelungen.

Dieses persönliche „Pilger-Erlebnis“ steht am Beginn dieser Ausführungen, weil es – bei aller Subjektivität – eine Fülle von Fragen aufwirft, um die wir beim Thema „Schmerz und Glaube“ vermutlich nicht herumkommen. Vor allem um die Ratlosigkeit im Umgang mit großen Begriffen. Was war das damals: Nur Flucht aus der Wirklichkeit? Der Versuch eines Rückzugs, einer Heimkehr in die Höhle des eigenen Herzens? Oder doch ein religiöses Erlebnis am Kreuzungspunkt von Schmerz und Glauben?

Übrigens: Erst viel später habe ich erfahren, dass jene spontane, postoperative „Pilgerschaft“ längst ein wichtiger Teil moderner Hospizarbeit ist: „*Spirituelle Biografiearbeit*“ – wie es die Profis nennen.

Ich kehre dorthin zurück, wo die Fakten zu Hause sind: In die Welt der wissenschaftlichen Studien, der interdisziplinären Forschungsarbeiten – und der daraus erwachsenden medialen Schlagzeilen. Ungezählte interdisziplinäre Teams sind seit Jahren einem Thema auf der Spur, das eigentlich jenseits unseres Zeitgeistes liegt: Nämlich der Frage nach den „*Heilkräften des Glaubens*“.

Die populärwissenschaftliche Literatur überschlägt sich mit Berichten, die man eher ins Zeitalter einer Hildegard von Bingen, eines Avicenna oder Paracelsus eingeordnet hätte. Die wir vielleicht bei tibetischen Heilern etc. vermuten würden. Aber ein Blick ins Internet lässt keinen Zweifel an der Aktualität und Intensität dieses Themas: Weltweit rücken Forscher mit Kernspintomografen, mit Elektroden und Hautwärmemessungen dem möglichen Einfluss von Religiosität auf Hirn und Herz zu Leibe.

Was sie staunend und mit enormem Zahlenmaterial belegen – und was selbst religionskritische Medien mit fast kitschigen Schlagzeilen wie „*Der Glaube an den lieben Gott macht gesund*“ umschreiben –, das soll hier in 5 Punkten kurz zusammengefasst werden:

1. Wer „glaubt“ (ohne Unterschied der Konfession), der hat weniger Risikofaktoren. Gläubige leiden, so heißt es, weniger an Bluthochdruck; sie haben nach Operationen eine kürzere Zeit der Heilung, auch ihr Immunsystem ist stabiler ...
2. Wer „glaubt“, der ist auch optimistischer. Gläubige Menschen klagen weniger über Ängste und Depressionen – und sie finden in ihrer Religion ein ganzes Arsenal an Bewältigungsstrategien für besondere Krisenmomente (wie etwa beim Tod eines geliebten Menschen oder anlässlich der Diagnose einer niederschmetternden Krankheit).
3. Wer „glaubt“, der ist messbar entspannter: Die meditative Wirkung von Gebeten hilft, Stress abzubauen bzw. ihn auf ein erträgliches Maß zu reduzieren.

4. Wer ‚glaubt‘, der hat auch mehr Freunde. Religiöse Gemeinschaften bieten dafür meist ein verlässliches soziales Netz. Es schützt vor Einsamkeit, die erwiesenermaßen seelisch krank macht. Es bietet vor allem älteren Menschen immer wieder eine Art Ersatzfamilie. Es stellt ein mitmenschliches Notaggregat an Unterstützung in Krisenfällen bereit – und bewahrt im Regelfall auch vor der Versuchung zum Suizid.
5. Und – sozusagen als ‚Unterfütterung‘ für das schon Gesagte: Wer glaubt, der lebt auch aus ethisch-moralischen Gründen gesünder. Gläubige Menschen konsumieren weniger Alkohol und Nikotin. Sie sind gegen Drogen weit mehr immun als ‚Nicht-Glaubende‘. Und ‚Fasten‘ ist für sie nicht erst seit den Schlankheitskuren unserer Überflussgesellschaften ein Heilbegriff.

All das sagen nicht obskure Kurpfuscher, sondern ausgewiesene medizinische Wissenschaftler. Folgt man ihren Befunden, dann erweist sich „*Gläubigkeit*“ – um diesen vagen Begriff vorerst einmal so stehen zu lassen – als ein handfestes ‚Überlebenspaket‘, in dem überraschend vieles eingelagert ist, was der Mensch zu seinem leiblich-seelischen Wohl benötigt. Dann hat ein solch gefestigtes Fundament jedenfalls eine messbar positive Wirkung auf Lebensqualität und Lebensdauer. Kurzum: Wer in der Krise auf religiös geprägte Bewältigungsformen zurückgreifen kann, der hat es besser.

„*Religion wirkt wie ein Medikament*“, hat etwa die nicht im Verdacht der religiösen Orientierung stehende „*Wiener Zeitung*“ (die 1703 gegründete und bis zu ihrer Einstellung im Jahr 2024 älteste Tageszeitung der Welt) ganzseitig gemeldet. Unter den von ihr zitierten Wissenschaftlern findet sich auch der Wiener Neurologe, Psychiater und Gehirnforscher Raphael Bonelli. Gemeinsam mit Kollegen der ‚Duke University‘ im amerikanischen North Carolina hat er über Jahre hinweg alle Forschungsarbeiten zu Religiosität und (vorwiegend psychischer) Gesundheit durchforstet, die seit 1990 weltweit erschienen sind. Und er hat das Ergebnis dieser Forschung im US-Fachjournal *Journal of Religion and Health* – auch so etwas gibt es – detailreich veröffentlicht.

Auf den Punkt gebracht heißt das Ergebnis: Depression, Suchtkrankheiten und auch Selbstmorde treten bei religiösen Menschen eindeutig seltener auf als bei ‚Nicht-Glaubenden‘. Bonelli fasst seine Überzeugung in dem Satz zusammen: „*Wäre Religion ein Medikament, könnte man sagen, es wäre mit Sicherheit zugelassen!*“

Solche Formulierungen haben durchaus Sprengkraft – gerade aus der Feder eines Wissenschaftlers, der unter anderem eine neuropsychiatrische Forschungsgruppe an der Wiener Sigmund-Freud-Universität leitet. Freud hat das Phänomen Religion noch für eine „*kollektive Zwangsneurose*“ gehalten.

Trotzdem sollen die notwendigen Einschränkungen und Einwendungen gegen einen allzu rasch formulierten Befund nicht außer Acht gelassen werden:

- Denn: Unbestritten ist, dass es Grenzformen der Religiosität gibt, die auch krank machen können – und in manchen Fällen sogar der Psychoanalyse bedürfen. Vor allem dann, wenn religiöse Gemeinschaften das Leben ihrer Mitglieder streng reglementieren. Wenn Menschen also durch religiös begründeten Gehorsam, durch Gruppenzwang und Sündendrohung massiv unter Druck gesetzt werden.
- ‚Heilkunde‘, also Medizin, und ‚Heilskunde‘, also Religion – sie gehen auch dort nicht zusammen, wo ein bestimmtes Gottesbild das eigene Leben verengt und Menschen dazu verleitet, auf ihre Vernunft zu verzichten. Wo sich Menschen aus religiöser Überzeugung bewusst bestimmten dringend gebotenen, ja lebensrettenden medizinischen Behandlungen verweigern – selbst auf das Risiko des eigenen Todes hin.

Erwähnt sei in diesem Zusammenhang nur jener inzwischen verstorbene deutsche Arzt, dem bereits in verschiedenen Ländern mehrfache Todesfälle von Krebskranken angelastet worden waren, als er 1995 auf ein erst 6-jähriges, an Nierenkrebs erkranktes Wiener Mädchen und ihre religiös fanatisierten Eltern gestoßen war. Mehrfach hatte sich dieser Mediziner mit seinen Thesen (und auch antisemitischen Verschwörungstheorien) an den damaligen österreichischen Bundespräsidenten gewendet, um eine Krebsoperation des Mädchens samt anschließender Chemotherapie zu verhindern – unter Berufung auf seine ‚Neue Germanische Medizin‘. Seiner Forderung – die auch der Überzeugung der Eltern entsprach – wurde dank eines Gerichtsbeschlusses letztlich nicht entsprochen – das Mädchen überlebte.

- Und eine letzte Einwendung zum ‚Medikament des Glaubens‘: Heilend sind Frömmigkeitsformen auch dort nicht, wo der Blick des Gläubigen auf keinen liebenden, sondern auf einen strengen, strafenden Gott fällt. Wo sich Kranke und Sterbende verzweifelt mit der Schuldfrage für ihren Schmerz abmühen; wo die Suche danach, „*wofür mich Gott bestraft und leiden lässt*“, im Zentrum allen Denkens stehen. In diesem Zusammenhang sei auch die Behauptung erlaubt, dass die Vermutung, Krankheiten wie Aids könnten „*eine Strafe Gottes*“ sein, letztlich ebenso tragisch und unchristlich ist, wie vorher die jahrhundertelange christliche Heroisierung des Leidens.

Erinnert sei dabei an den Österreichaufenthalt von Papst Johannes Paul II. im Jahr 1998. Während eines Besuchs im Schwerkrankenhaus der Wiener Caritas hatte er noch vor einem allzu intensiven Einsatz schmerzstillender Mittel gewarnt. Denn „*ein vor schnelles Abstellen des Leidens kann die Auseinandersetzung mit Ihm (gemeint war Christus) und die damit verbundene Erlangung einer größeren menschlichen Reife verhindern*“. Dahinter stand aus kirchlicher Sicht der religiöse Anspruch, „*mit Christus im Leiden gleichgestellt zu sein*“.

Eine Lehrmeinung, die vom hl. Franziskus bis in die unmittelbare Neuzeit vertreten wurde und wird. Der 2002 heilig gesprochene Opus-Dei-Gründer Josemaría Escrivá hat diese Haltung besonders explizit formuliert: „*Gesegnet sei der Schmerz. Geliebt sei der Schmerz. Geheiligt sei der Schmerz. Verherrlicht sei der Schmerz.*“ Ein tragischer Beleg dafür, wie theologische Leidenschaft auch zu pathologischer Leidenssehnsucht verleiten kann.

Es scheint dem Autor an dieser Stelle sinnvoll, ja notwendig, den Begriff ‚Glauben‘ näher zu beleuchten – ein Wort, aus dem sich offenkundig alle möglichen Missverständnisse ergeben können – gerade bei der Beurteilung seiner Tragfähigkeit in Schmerz und Leid, in Angst und Verzweiflung.

Ohne eine Grundauffassung dessen, was hier mit ‚Glaube‘ gemeint ist, wird der Konnex von ‚Schmerz‘ und ‚Glaube‘ nicht möglich sein. Wie die Erfahrung zeigt, ist ‚Glauben‘ nur für Auserwählte etwas durchgängig Stabiles und Krisenfestes; etwas, das auch in dunkelsten Stunden des Lebens Halt und Stütze ist.

Zu den wenigen Menschen, die der Autor dieses Textes als eindrucksvolle Glaubenszeuge erleben konnte, gehörte der einstige Erzbischof von Wien, Kardinal Franz König. Seine religiöse Überzeugung hatte ihn durch allen Schmerz und alle Todesnähe hindurch getragen. Bis zu seinem Lebensabschied hatte er seinen besorgten Besuchern beruhigend, ja aufmunternd zugezwinkert. Und noch in seiner letzten Stunde hat er die wunderbaren Worte „*Wie schön!*“ gesprochen. Wer könnte sich mit einer solchen Glaubenstiefe messen! Allein deshalb sei der Einspruch gegen manches erlaubt, was bisweilen – auch vonseiten einzelner Wissenschaftler, vor allem aber der Medien – an Verallgemeinerung über die Heilkraft der Religiosität zu hören ist.

Die Intensität von Glauben ist jedenfalls nicht (jedenfalls nicht nur) an der Frequenz der Gottesdienstbesuche zu messen, wie es einige der vorliegenden Studien tatsächlich tun.

Und Zweifel seien auch gegenüber der bisweilen geäußerten Behauptung erlaubt, dass Religiosität, nur dann eine positive Wirkung auf die Lebensdauer eines Menschen habe, wenn sie in der Öffentlichkeit gelebt wird.

Glaube erscheint vielmehr als etwas unendlich Kompliziertes, auch Instabiles und definitorisch schwierig Festzulegendes. Religionsfern formuliert ließe sich vermutlich von einem in vielen Mühen und Rückschlägen, in vielem Suchen und Fragen gewachsenen Konzept zur Lebensbewältigung und Einordnung in ein Größeres sprechen. Religiöser formuliert, ist es ein Versuch, sich immer wieder auf das unlösbare Rätsel Gottes einzulassen. Auf „*den, der Leben schenkt – und auch wieder nimmt*“.

Glaube ist Zuversicht – und oft auch nur Hoffen. Ist Hoffen, dass unser Leben nicht sinn- und ziellos ist. Dass es Bedeutung hat – für wen auch immer. Dass da noch eine Dimension ist, der wir Menschen vertrauen können. In seiner schönsten Form ist Glaube kein Für-Wahr-Halten von religiösen Dogmen und Kirchengesetzen, sondern ein personales Geschehen. Eine Du-Beziehung. Wem dies zummindest gelegentlich gelingt, dem kann und wird es auch Sicherheit, Behaustheit, Geborgenheit geben. Der wird erleben, wie sich in ihm Kräfte sammeln, die sonst zersplittern und ziellos agieren. Kräfte, die dann auch tatsächlich dem leidenden Körper helfen können.

Warum es gerade im Zusammenhang mit Schmerz so wichtig erscheint, das sogenannte Medikament des Glaubens näher, auch kritischer, anzuschauen? Weil Menschen sonst gerade in Zeiten von Schmerz und Leid leicht Gefahr laufen könnten, in Enttäuschung, Überforderung, ja in schwersten Glaubenskrisen zu landen.

- Aus vielfacher Erfahrung leidender Menschen scheint unbestritten, dass es Augenblicke und Dimensionen des Schmerzes gibt, in denen weder eine Glaubensgewissheit noch eine andere unserer „Sicherheiten“ (Familie etc.) imstande ist, einen krisenfesten Halt zu geben. Immer wieder überlagert da die verzweifelte Hoffnung des Augenblicks, dem alles dominierenden Schmerz entkommen zu können. In solchen Momenten reduziert sich die Chance, gefestigt durch eine Krankheit zu gehen, und geht gegen Null. Die moderne Medizin weiß mehr denn je um den Wert der Schmerzlinderung – selbst, wenn dabei Arzneien zum Einsatz kommen, die den Patienten früher – durchaus auch aus medizinischer Verantwortung – kaum verabreicht worden sind.

Dem Autor dieses Textes sei an dieser Stelle die eigene Erinnerung an Momente erlaubt, als er geglaubt hatte, seine postoperativen Schmerzen nicht mehr ertragen zu können; als man ihm noch jene Morphiumpumpe verweigert hatte, die er Jahre später sehr wohl bekommen konnte. Momente auch, als die bis dahin erprobten persönlichen Sicherheitsnetze durchgerissen schienen. Augenblicke, in denen er nur darauf gewartet hatte, die Wachschwester würde endlich sein Krankenzimmer verlassen, um aus dem Fenster springen zu können. Aus solchen Erfahrungen glaubt er zu wissen, wie wenig es weltlichen oder auch kirchlichen Hierarchien zukommt, über die Verzweiflung eines anderen urteilen zu können.

Wie sehr akute Schmerzen imstande sein können, selbst tiefgläubige Menschen – auch Kleriker und Ordensangehörige – im Angesicht ihrer Sterblichkeit ins Bodenlose abstürzen zu lassen, das bestätigen Mediziner ebenso wie Krankenhausseelsorger aus ihren Erfahrungen an Krankenbetten. Zu oft vereiteln massive Schmerzen auch jegliche Chance, die Patienten aus ihrer seelischen Nacht wieder aufzutauchen zu lassen.

- Dabei warnen erfahrene Sterbegleiter davor, eine klare Differenzierung von Glaubenden und Nicht-Glaubenden zu versuchen. Vielmehr verweisen sie aus ihrer Erfahrung darauf, dass Menschen, denen eine für ihr Leben überzeugende Deutungs- und Sinngebung gelungen ist, vor einem Zusammenbruch aller Sicherheiten besser geschützt sind – gleichgültig, ob sie im gängigen Sinn „gläubig“ sind oder nicht. Menschen, die – als Ernte lebenslangen Fragens und Denkens, auch Infragestellens – zu einer persönlichen Überzeugung und Mitte gefunden haben, könnten in existenziell kritischen Situationen auch eher bestehen.

Zu einem krisenfesten Leben gehöre aber keinesfalls nur ein unantastbares Weltbild oder Glaubensbekenntnis, sondern auch die Erfahrung des Scheiterns, des Zweifelns, des Nicht-mehr-weiter-Wissens, des Nicht-Perfekten und Unvollendeten, heißt es von Sterbe-

begleitern auch. Kaum jemand gehe ganz unangefochten durch sein Dasein. Und wer meine, sein Glaube kenne oder erlaube keine Zweifel, keine Verzweiflung, kein Aufbegehren gegen die Last des Leidens und Sterbens, der habe – um es in die Sprache des Christentums zu übersetzen – die bestürzende, aber existenziell wichtige Botschaft des Mannes aus Nazareth vergessen.

Dieser Jesus, der nach christlicher Lehre wie kein anderer die Nähe und Sicherheit Gottes kannte, auch er durchlebte zwischen Ölberg und Golgotha alle Stadien, mit denen der Mensch in Schmerz, Trostlosigkeit und Todesnähe rechnen müsse.

Erinnert sei hier an die Passion Christi, von der das Neue Testament berichtet: Da ist zunächst der wiederholte Wunsch des Nazareners, in den schweren Stunden der Todesangst nicht allein zu sein. Auch sein Flehen, den Kelch doch an ihm vorübergehen zu lassen. Dann sein furchtbarer Aufschrei „*Mein Gott, warum hast Du mich verlassen.*“ Und erst am Ende dieses vertrauensvollen „*Es ist vollbracht – Vater, in Deine Hände leg' ich meinen Geist.*“

Die Botschaft des Karfreitags an die Nachgeborenen ist erschütternd klar – und vielleicht auch tröstend: In der Mitte dessen, was christlicher Glaube ist, steht ein Leidender, ein auch Zweifelnder und Verzweifelter, ehe sich sein irdisches Schicksal vollendet.

Aus dieser Sicht ist also Krankheit, Schmerz und Leid, aber auch Zweifel und Verzweiflung das unvermeidbare Schicksal des Menschen. Ein Schicksal, vor dem wir nicht flüchten können, an dem wir zerbrechen, aber auch reifen können.

Was also ist der Sinn der bisher erwähnten Überlegungen? Kurz gesagt dieser:

- Ehe wir vom Glauben im weitesten Sinn als einer „Medizin“ reden, die den Menschen den Umgang mit Schmerz und Leid erleichtert, die gesünder, vielleicht auch älter macht, muss sehr genau hingeschaut werden, von welchem Glauben die Rede ist.
- Mehr noch: Es scheint auch die Warnung gerechtfertigt, dass sich in Stunden des Absturzes der Fallschirm des Glaubens nicht öffnen könnte. Dass Glaube zwar eine gute, ja vermutlich die beste Voraussetzung für Angstüberwindung und Sinnfindung ist, aber keine letzte Garantie.
- Und dass im Strudel übermächtiger Schmerzen selbst für Glaubende alle Sicherheiten einbrechen können.

Dass etwa der Heilige Stephanus schon während seiner Steinigung – einer besonders grausamen Todesart – nach eigenen Worten „*den Himmel offen*“ sah, bleibt wohl ein Ausnahmefall. Mehr noch die Erzählung vom Märtyrerheiligen Laurentius. Der Legende nach hat er ja – auf glühendem Rost – seinen Peinigern fröhlich zugerufen: „*Der Braten ist fertig. Dreht ihn um und esst!*“ Nichts davon wird uns jemals beschert sein. Also tun wir gut daran, uns einem allzu geschlossenen System zu verweigern, das da heißt: „*Glaube nur, dann bist und bleibst Du gesund!*“

Dies alles vorausgesetzt, sei jetzt – sozusagen auf schwankendem Boden – noch rasch der Versuch gewagt, ein paar persönliche Erfahrungen zu erwähnen, die dem Schreiber dieser Zeilen über die Jahre aus der Lektüre großer Geister, aber auch aus dem persönlichen Erleben von Krankheit und Schmerz zugefallen sind.

Der französische Literat André Gide schreibt: „*Ich glaube, dass Krankheiten Schlüssel sind, die uns gewisse Tore öffnen können. Mehr noch: Ich glaube, dass es Tore gibt, die nur eine Krankheit öffnen kann.*“

Was aber könnten das für Schlüssel sein, die imstande sind, „*heilende Türen*“ zwischen Glauben und Schmerz zu öffnen? Vielleicht könnte die eine oder andere Anregung aus einer kleinen Schar von „spirituellen Experten“ hilfreich sein. Zu ihnen gehören etwa zwei große Gestalten des „2. Vaticanums“: der Theologe Karl Rahner; vor allem aber der schon genannte Kardinal König. Zu ihnen gehören wohl auch manche Mönchsgestalten auf dem Berg Athos, jenem „Heiligen Berg“ des orthodoxen Christentums, auf dem Fragen wie diese seit Jahrhunderten durchdacht und zu beantworten versucht wurden. Gedanken aus ihrem Kreis, ganz ungeordnet und bruchstückhaft erwähnt, könnten erste Impulse zu weiterem Nachdenken sein.

- Zunächst und ganz vordergründig: Krankheit und starke Schmerzen sind nicht nur für gläubige Menschen ein Anlass, um über mögliche Mängel im eigenen Lebensvollzug nachzudenken; über das eigene Lebensprogramm und seine Schadstellen. Ein solches Nachdenken kann immer auch die Grenze des körperlichen und seelischen Schmerzes überschreiten und in eine dritte, möglicherweise religiöse Dimension vorstoßen. Mehr und mehr ahnen, ja wissen wir Menschen des 21. Jahrhunderts, dass unser ganzes Innenleben – auch unser Fragen nach Zeit und Ewigkeit, nach dem letzten Sinn und Ziels unseres Seins, auch nach Gott – einen Einfluss auf die Materie unserer Gene und auf unser Immunsystem hat. Dass Gen, Geist, Gehirn und „Gott“ möglicherweise mehr miteinander zu tun haben, als wir gemeinhin vermuten.
- Sodann: Leid und Schmerz können für uns auch eine Hilfe sein, die gängige Trivialisierung unserer Gottesvorstellungen zu überwinden. „*Die Unbegreiflichkeit des Leids ist letztlich auch ein Stück Unbegreiflichkeit Gottes*“, hat uns der große Karl Rahner hinterlassen.

Und er stellt den unzähligen, bemühten christlichen Thesen über den Sinn von Schmerz, Krankheit und Tod einen kühnen Gedanken entgegen: „*Die Frage nach der Sinnhaftigkeit von Leid und Tod muss unbeantwortet bleiben, wenn der Mensch Mensch und Gott Gott bleiben soll*“. Leid kann also nie verstanden werden – es muss aber ertragen, bestanden und nach Möglichkeit überwunden werden. So besehen, bleibt nicht mehr viel vom alten christlichen Mythos des Schmerzes als Königsweg in die Herrlichkeit übrig.

- Ein Drittes: Ich glaube, dass unser Umgang mit Schmerz und Leid auch wesentlich davon geprägt wird, wie wir auf unser eigenes Leben blicken. Wer in Krankheit und Behinderung nur eine leistungsbehindernde Minusvariante unseres Daseins erblickt – einen Aufstand des Körpers gegen unsere narzisstische Omnipräsenz –, der wird als Patient andere Dimensionen der Ratlosigkeit und Verzweiflung durchleben als jene, die imstande sind, ihre irdische Existenz in einem viel größeren Zusammenhang zu sehen.

Immer wieder hat uns übrigens der alte Kardinal König klar gemacht, dass gerade in unserer Gesellschaft die Gesunden die Kranken mindestens so sehr brauchen wie die Kranken die Gesunden – auch um nicht zu vergessen, wie fragwürdig und kraftmeierisch sich die gängige Vergötterung des Lebens zu oft gebärdet.

Von den Mönchen am Athos – und nicht nur von ihnen – wäre auch zu lernen, dass wir uns wieder mehr als Reisende begreifen sollten, die unterwegs sind. Reisende, die – wenn sie sich als Christen verstehen – ihr irdisches Ende nicht als tragischen Schlusspunkt, sondern als „Umsteigebahnhof“ begreifen sollten. Für die Mönche beginnt Sterben demnach nicht erst am Lebensende, nein, jeder Tag verlangt nach Eintübung in die Endlichkeit.

Aus dieser Perspektive sind Krankheit und Schmerz kein „Unfall“ und keine Brüskierung unseres Machbarkeitswahns, sondern selbstverständliche Stationen eines viel weiteren, größeren Weges.

Wo aber das irdische Leben seine Vergänglichkeit nicht verbergen muss wie bei den Mönchen und das Eingehen in eine größere Ordnung und Geborgenheit nicht in Zweifel steht, da lösen sich viele Bangigkeiten und Brüche unseres Daseins auf. Da werden Krankheit, Alter, Siechtum nicht zum alles beherrschenden Stigma. Da verliert auch die nahe am Tod liegende Lebenszeit nichts von ihrer Sinnhaftigkeit – und das Schwinden der Kräfte führt nicht zum sozialen Wertverlust.

Seit vielen Jahren beobachtet der Autor dieser Betrachtungen die alten Mönche, die – so gut sie es halt vermögen – in den langen Nächten im Chorgestühl ausharren, betend und schlafend; die bis zum Tod, ja darüber hinaus, ein selbstverständlicher Teil ihrer Bruderschaft bleiben. Und die dann, wenn ihr Ende naht, von ihren Mitbrüdern betreut und getröstet werden. Viele von ihnen lehnen aufwendige medizinische Behandlungen ab. Wenn aber die Überführung in ein Krankenhaus außerhalb des Heiligen Berges unvermeidbar ist, dann begleitet sie ein Mönch und bleibt für die Dauer der Behandlung an ihrer Seite. So sind alle Übergänge des Lebens gleitend. Selbst der letzte, schwerste, ist zwar – wie überall – voller Mühsal, aber ohne Angst und Verzweiflung. Und das Wort „*Sterbehilfe*“ bekommt seinen alten, wunderbaren Klang zurück.

Ein letztes Mal sei hier an Kardinal König erinnert, der immer wieder vorgeschlagen hatte, das eigene Leben eher vom Ende, vom Tod her aufzurollen und die Kostbarkeit jeder Sekunde von da her zu sehen und zu nutzen. Im Wissen freilich, dass die Vollendung anderswo stattfindet – und nicht in dem „zwischen Geburt und Tod eingezwängten, kläglichen bisschen Leben“, um die deutsche Philosophin Marianne Gronemayer zu zitieren. Dem Glaubenden, der auch in dunklen Stunden über diesen Horizont hinauszuschauen

vermag, wird zwar kein Leid erspart, er kann es aber mit größerer Ruhe und aus einer anderen, größeren Perspektive vermutlich leichter ertragen.

Noch eine Türe, für die Schmerz und Krankheit möglicherweise ein Schlüssel sein könnten, sei hier noch rasch geöffnet. Und dabei ein letztes Mal auf eine persönliche Erfahrung zurückgegriffen: Ich war noch kaum 16 Jahre alt, als mich eine erste Krebsoperation in die Welt der Todkranken und Sterbenden geführt hat. Aus diesem Umfeld von Hilflosigkeit, existenziellen Ängsten und wohl auch Selbstmitleid hat mich ein Chirurg damals mit einem genialen Einfall gerettet: Er verpflichtete ein junges Mädchen – Patientin der Augenabteilung unter demselben Spitalsdach –, an meinem Bett zu sitzen und mit mir zu reden. Sie erschien mir damals wie ein Engel.

Jahrzehnte später habe ich in ähnlichen postoperativen Momenten neu entdeckt, wie sehr Schmerzen – solange sie nicht in den Strudel existenzieller Verzweiflung geraten – durchaus an Kraft verlieren können, sobald eine gute Stimme, ein nettes Gesicht, eine streichelnde Hand – ein Du – ins Blickfeld geraten. Für Glaubensstarke kann dieses „Du“ in einer persönlichen Gottesbeziehung liegen. Andere werden zunächst auf die Geborgenheit in der Fürsorge liebender Menschen hoffen – und sie, wo immer sie stattfindet, als Geschenk empfinden. Wichtig ist, dass auf dieser letzten Türe mit großen Buchstaben das Wort „Dankbarkeit“ steht. Die These sei gewagt, dass es zwischen Dankbarkeit und Glauben einen inneren Zusammenhang gibt.

Um die erwähnte persönliche Erfahrung aus Jugendjahren abzuschließen: Nach Monaten einer mühseligen Rehabilitation wuchs damals der Vorsatz, keinen Tag des künftigen Lebens ohne ein Gefühl der Dankbarkeit zu beginnen. Seither weiß ich, dass wir für weit mehr dankbar sein können, als wir gewöhnlich annehmen – vielleicht sogar für Wegeweisungen, die aus Krankheit und Schmerz gewachsen sind. Dankbar vor allem für das Geschenk des Lebens, vielleicht auch des Glaubens – und sicher für das Geschenk der Schöpfung.

Mag sein, dass die erwähnten Gedanken an vielen relevanten Fragen über „Glaube und Schmerz“ vorbeigeschrammt sind. Dass manche Erwartung zur Thematik nicht erfüllt und manche persönliche Erfahrung und Überzeugung – vor allem in religiösen Fragen – diesen oder jenen Leser bzw. Leserin vielleicht auch überfordert hat. Aber wie ließe sich über „Schmerz und Glaube“ sprechen, ohne dann auch tatsächlich vom Glauben zu reden?

Sicher ist: Wo diese beiden Begriffe zusammenkommen, dort öffnet sich ein Raum, der letztlich alles Reden, alles Behaupten und Wissen in Frage stellt. Ein Raum, von dem wir schweigend bekennen müssen, dass es keine wirklich gültigen und allgemein akzeptierten Aussagen gibt und geben kann. Und dass alles, was dazu gesagt wird, meist nur für einen gegebenen Augenblick gilt – und immer nur für uns selbst.

Grundlage dieses aktualisierten Textes war der Eröffnungsvortrag anlässlich der 15. Wissenschaftlichen Jahrestagung der Österreichischen Schmerzgesellschaft 2007 im „Congress Center Pörtschach“.

Teil I

Die Rolle der Pflege im Schmerzmanagement



Akademisierung und Spezialisierung in der Pflege – von der Assistenztätigkeit zur Pain Nurse

3

Svetlana Geyrhofer

Die Profession der Pflege hat sich in den letzten 20 Jahren zumindest theoretisch verändert. Durch den Bologna-Prozess von 1999 wurde die Ausbildung der Pflege und in anderen Gesundheitsberufen auch im deutschsprachigen Raum akademisiert. Während die Umstellung der Ausbildungen auf akademischem Niveau sich in Gesundheitsberufen wie Physiotherapeut:innen, Diätolog:innen und Hebammen rasch etabliert haben, dauerte das in der professionellen Pflege Jahrzehnte und ging bzw. geht immer noch mit viel gegensätzlicher Diskussion einher. Ein möglicher Grund liegt vielleicht darin, dass die Pflege die größte Berufsgruppe im Gesundheitswesen ist und eine akademische Ausbildung sowohl mit Erweiterung der Kernkompetenzen als auch mit höherer Bezahlung einhergeht. Das ist natürlich billiger für ein paar zehntausend Physiotherapeut:innen und Hebammen als für hunderttausende Pflegekräfte umzustellen. Ob sich hier in Zukunft der politische Willen ändert, wird sich weisen.

Ziel des Bologna-Prozesses war es, Ausbildungen im Gesundheitsbereich in Europa vergleichbar zu machen und dadurch zu gewährleisten, dass Menschen mit gleicher Berufsausbildung in der EU überall tätig werden können. Eine Akademisierung geht nachweislich mit einer besseren Versorgung der Patient:innen einher. Sie profitieren vom wissenschaftlichen Wissen der Pflegekräfte, wenn es z. B. um das Schmerzmanagement geht (Probst 2022, S. 233).

S. Geyrhofer (✉)

Pflege minus Schmerz, Geyrhofer KG, Grein, Österreich
e-mail: office@pflege-schmerz.at

In vielen europäischen Ländern dauert die Bachelorausbildung in der Pflege 4 Jahre, während in Österreich nur 3 Jahre vorgesehen sind. Um trotzdem innerhalb der EU arbeiten zu können, erkennen viele EU-Länder Spezialisierungen und Weiterbildungen an. Diese werden auch künftig eine wichtige Rolle in der Weiterqualifizierung von Pflegefachpersonen übernehmen.

3.1 Akademisierung

In vielen europäischen Ländern ist die professionelle Pflege schon tertiar ausgebildet wie in Skandinavien seit den 1980er-Jahren oder in Großbritannien seit den 1950er-Jahren (online unter: <https://www.gesundheitswirtschaft.at/publikation/64-jg-2023-10/warum-es-ein-zuviel-an-bildung-nicht-geben-kann/> Zugriff am 01.06.24).

Die akademisierten Pflegekräfte haben in Skandinavien Kompetenzen, die im deutschsprachigen Raum so noch nicht zu finden sind. So dürfen bestimmte Arzneimittel von Pflegepersonen verordnet werden, und in Norwegen setzen Anästhesiepflegepersonen periphere Schmerzblockaden (online unter: https://sykepleien.no/2024/05/smertelindring-her-setter-sykepleirne-nerveblokade-dognet-rundt?trk=feed_main-feed-card_reshare_feed-article-content Zugriff am 01.06.24).

Davon sind wir im deutschsprachigen Raum noch weit entfernt, dennoch hat sich die professionelle Pflege weiterentwickelt. Seit 2024 ist in Österreich die Ausbildung zur/m Diplomierten Gesundheits- und Krankenpfleger:in nur noch an Fachhochschulen möglich. Begonnen hat die Akademisierung mit dem ersten Lehrgang 2008, seit dem Jahr 2000 ist ein Studium der Pflegewissenschaft in Österreich möglich.

Im deutschsprachigen Raum wird die Akademisierung – obwohl endgültig umgesetzt – immer noch kontrovers diskutiert. 1997 wurde in Österreich ein Gesundheits- und Krankenpflegesetz (GuKG) geschaffen, die pflegerischen Kernkompetenzen nach § 14 GuKG haben sich stetig weiterentwickelt und wurden mit jeder Novelle erweitert. Für viele dieser Kompetenzen ist eine akademische Ausbildung Voraussetzung, wie z. B. die Pflegediagnostik, Gesundheitsförderung, konzeptgeleitete Gesprächsführung, komplementäre Pflege und Beratung. Um aktuelles Wissen in die klinische Praxis umsetzen zu können, ist das Lesen und Verstehen von Studien und Leitlinien erforderlich. Das erfordert Zeit, aber auch Strukturen, um die entsprechende Literatur zur Verfügung zu stellen. Das ist noch nicht flächendeckend möglich und vielleicht mit ein Grund, warum die Vorteile der Akademisierung noch nicht wirklich gesehen werden (Mertens et al. 2019). Es bedarf noch viel Aufklärung und Bewusstseinsbildung, damit die Akademisierung auch in der Praxis Einzug hält.

3.2 Spezialisierung in Österreich

In Österreich ist eine gesetzliche Weiterbildung nach § 64 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz mit mindestens 160 h im Schmerzmanagement möglich. Dennoch können Absolvent:innen der Weiterbildung ihr Wissen nicht in entsprechendem Ausmaß in die Praxis umsetzen. Eine Spezialisierung geht auch nicht mit einer entsprechenden Honorierung einher.

Der Mangel an professionellen Pflegekräften verleitet zu kreativen Lösungen, die sich allesamt in einer Deprofessionalisierung äußern. So wurde z. B. eine Pflegelehre eingeführt und die Kompetenzen von Pflegeassistenzkräften erweitert ohne Berücksichtigung, dass mangelndes Wissen negative Auswirkungen auf Patient:innen haben können. Auch die Rekrutierung von Pflegekräften aus dem Ausland mag auf dem ersten Blick eine Lösung sein, de facto bringt es noch mehr Probleme mit sich, da die unzureichenden Sprachkenntnisse zu Fehlversorgungen führen können. Es braucht nicht weniger, sondern mehr Wissen, um Schmerzpatient:innen optimal versorgen zu können. Es reicht eben nicht aus, einfach ein ärztlich verordnetes Schmerzmittel zu verabreichen. Im Juni 2024 ging eine neuerliche Novelle des Gesundheits- und Krankenpflegegesetzes in Begutachtung. Eine neue Regelung hinsichtlich der Spezialisierungen und des Abhaltens von Weiterbildungen ist geplant.

3.3 EFIC

Die EFIC (European Federation of IASP Chapters) ist seit 1993 eine multidisziplinäre Berufsorganisation auf dem Gebiet der Schmerzforschung und -medizin, die aus den 38 europäischen nationalen Gesellschaften bestehen und Ärzt:innen, Pflegefachpersonen, Psycholog:innen und Physiotherapeut:innen vertritt, die in der Schmerzmedizin tätig sind. Sie hat sich über die Internationale Gesellschaft zum Studium der Schmerzes (IASP = International Association for the Study of Pain) herausentwickelt.

Seit 2023 bietet die EFIC ein europäisches Schmerzdiplom für alle therapeutische Berufsgruppen an. Pflegefachpersonen können das European Pain Federation Diploma in Pain Nursing (EDPN) nach dem europäischen Curriculum absolvieren. Alle Informationen sind auf der EFIC-Homepage abrufbar unter: <https://europeanpainfederation.eu/education/pain-exams/> (Zugriff am 01.06.24).

3.4 Spezialisierung in Deutschland

Die deutsche Schmerzgesellschaft hat das EFIC-Curriculum übersetzt und bietet seit 2024 die Ausbildung „Spezielle Schmerzpfege“ im Ausmaß von 120 h an. Die Übersetzung der EFIC-Curriculums steht online zur Verfügung unter: <https://www.schmerzgesellschaft.de/>

fileadmin/2021/pdf/DS_Curriculum_Schmerzmanagement_Pflege_20102021_Screen.pdf (Zugriff am 01.06.24).

Alle Informationen zur deutschen Ausbildung sind abrufbar unter: <https://deutsche-schmerzakademie.de/>.

3.5 Ausblick

Das professionelle Schmerzmanagement bleibt in vielen klinischen Bereichen immer noch hinter den Möglichkeiten zurück. Hierfür gibt es mehrere Gründe. Besonders gewichtige Gründe ist die immer noch starke Hierarchie zwischen den Berufsgruppen einerseits und die starren Strukturen im Gesundheitswesen andererseits. Weitere Faktoren sind unzureichendes Wissen, mangelnde Präsenz von professionellen Pflegepersonen und geringe Wertschätzung beim Erwerb von Spezialisierungen.

Umso wichtiger wird in Zukunft sein, dass professionelle Pflegepersonen endlich europaweit einheitliche Ausbildungen und Kernkompetenzen erhalten. Spezialisierungen wie im Schmerzmanagement müssen proaktiv unterstützt und forciert werden. Sie müssen vor allem mit Erweiterung von Tätigkeiten einhergehen, wie die Verordnung von bestimmten Schmerzmitteln oder das Setzen von Blockaden, aber auch in finanzieller Hinsicht muss sich eine Weiterqualifikation lohnen. Starre Hierarchien, die vor allem noch im deutschsprachigen Raum zu finden sind, müssen abgebaut und eine multiprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe aufgebaut werden.

Das veraltete Denken, dass ausschließlich Ärztinnen und Ärzte therapieren dürfen, ist zum einen immer falsch gewesen, zum anderen in der modernen Zeit nicht mehr tragbar. Das Wort „Therapie“ ist nicht an eine bestimmte Berufsgruppe gebunden bzw. die Verwendung nicht besonders geschützt. Immerhin gibt es ja auch Physiotherapeut:innen und Psychotherapeut:innen, und seit geraumer Zeit sprechen wir in der Pflege auch von Pflegetherapie. Das Verharren in alten Mustern führt zu Versorgungslücken, die sich eine Gesellschaft finanziell und ethisch nicht mehr leisten kann (Geyrhofer 2023, S. 29 ff.). Es muss in Zukunft noch mehr die Professionalisierung der Pflegekräfte gefordert werden, um das Schmerzmanagement nachhaltig verbessern zu können.

Literatur

- Geyrhofer S (2023) Schmerztherapie in der Pflege. Facultas, Wien
- Mertens A, Overberg J, Röbken H et al (2019) Die Akademisierung der Pflege aus Sicht der Pflegekräfte: eine Querschnittsstudie in Krankenhäusern im Nordwesten Deutschlands. Pflege 32(1):17–29. Hogrefe. <https://doi.org/10.1024/1012-5302/a000650>
- Probst A (2022) Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen profitiert maßgeblich von der Akademisierung der Physiotherapie – die Fakten sprechen für sich. Schmerz 36:233–236. Springer Verlag GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00482-021-00615-9>



Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege

4

Svetlana Geyrhofer

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) wurde 1992 von Pflegepersonen gegründet, die im Bereich Pflegewissenschaft, Pflegemanagement und Pflegepraxis tätig sind bzw. waren (Büscher und Blumenberg 2018, S. 94 f.). Ziel des DNQP ist es, Expertenstandards zu entwickeln und in die klinische Praxis umzusetzen. Das soll dazu beitragen die Pflegequalität zu fördern und ein evidenzbasiertes Handeln in der Praxis zu ermöglichen (<https://www.dnqp.de/informationen-zum-dnqp/>, Zugriff am 15.05.24).

Expertenstandards sind ein wichtiges Instrument für die Qualitätsentwicklung in der Pflege (Büscher und Blumenberg 2018, S. 94 f.). Das DNQP gibt Expertenstandards zu verschiedenen Pflegephänomenen heraus. Diese werden in regelmäßigen Abständen von 5–7 Jahren aktualisiert. Insgesamt gibt es derzeit 11 Expertenstandards.

Expertenstandards kennen keine nationalen Grenzen; so sind die deutschen Expertenstandards auch für professionelle Pflegepersonen in Österreich gültig. Auch wenn diese nicht explizit im Gesundheits- und Krankenpflegegesetz erwähnt werden, so sind sie doch im § 14 Gesundheits- und Krankenpflegegesetz pflegerische Kernkompetenzen fest verankert. Demnach sind Diplomierte Gesundheits- und Krankenpfleger:innen in Österreich verpflichtet, ethisch, evidenz- und forschungsbasiert zu handeln. Der Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ definiert das Handeln nach diesen neuesten Erkenntnissen. Dabei kann dieser nicht 1:1 in seiner ursprünglichen Form implementiert werden, sondern muss an die jeweilige Praxissituation im Rahmen eines Implementierungsprojektes angepasst werden.

S. Geyrhofer (✉)

Pflege minus Schmerz, Geyrhofer KG, Grein, Österreich
e-mail: office@pflege-schmerz.at

4.1 Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege

Der Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege wurde 2020 aktualisiert. Dabei wurden die zwei früheren Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ zusammengeführt. Die Überlegung war, dass viele Patient:innen oftmals unter beiden Schmerzarten leiden und daher beide auch gemeinsam behandelt werden müssen (DNQP 2020, S. 23).

Ziel des Expertenstandards ist die Prävention von bzw. die Vermeidung der Chronifizierung von Schmerzen bei Menschen, die in pflegerischen Settings behandelt werden. Die interprofessionelle Zusammenarbeit auf Augenhöhe muss gewährleistet sein. Professionelle Pflegepersonen übernehmen eine wichtige koordinierende und therapeutische Rolle, um Menschen mit Schmerzen adäquat zu versorgen (DNQP 2020, S. 25).

Der Expertenstandard gliedert sich in Struktur-, Prozess- und Ergebniskriterien. In den Strukturkriterien sind unter anderem die systemische Schmerzeinschätzung und die Unterscheidung zwischen akutem und chronischem Schmerz zu finden. Weiters muss die Pflegefachkraft das pflegerische Schmerzmanagement koordinieren und planen. Hier spielt vor allem die Pflegediagnostik eine große Rolle sowie die Einschätzung in eine stabile und instabile Schmerzsituation. Pflegepersonen müssen die Betroffenen und deren Angehörige entsprechend schulen und beraten können. Dazu zählt auch, dass Betroffene über Schmerzwahrnehmung und Schmerzerfassung aufgeklärt werden. Die Pflegefachkraft steuert das Nebenwirkungsmanagement und bietet den Schmerzpatient:innen adäquate komplementäre Pflegeinterventionen an. Die vereinbarten Therapieziele werden evaluiert und der Therapieerfolg beurteilt (DNQP 2020, S. 28 ff.). Strukturkriterien geben den Rahmen des professionellen Schmerzmanagements vor. Dabei wird auch die Einrichtung in die Pflicht genommen, die entsprechenden Strukturen so zu gestalten, dass eine Implementierung des Schmerzmanagements möglich ist.

In den Prozesskriterien geht es um die konkrete Umsetzung der Tätigkeiten, die in den Strukturkriterien beschrieben werden. Demnach wird zu Beginn des pflegerischen Auftrags ein Screening durchgeführt. Hier werden die üblichen Fragen gestellt wie „Haben Sie Schmerzen?“, „Wo sind die Schmerzen, wie stark sind die Schmerzen in Ruhe und bei Belastung?“, „Welche Schmerzqualität haben die Schmerzen?“ Weiters erfolgt eine körperliche Untersuchung, um die Funktionalität und Mobilität einzuschätzen zu können. Daraus wird die Diagnose „stabile/instabile Situation“ gestellt, und entsprechende Maßnahmen werden eingeleitet. Es erfolgen in diesem Prozess die Beratung und Schulung und die gemeinsame Entscheidungsfindung über den Einsatz von komplementären Pflegeinterventionen. Ein wichtiger Bestandteil dieser Prozesskriterien ist die Evaluierung, die anlassbezogen erfolgen soll. Anlassbezogen bedeutet, dass die jeweilige Pflegefachkraft individuell mit den Patient:innen gemeinsam entscheidet, ob eine Schmerzerfassung 2-mal oder 5-mal am Tag erfolgt. Standardisierte Schmerzerfassungen, wie sie vielfach in der Praxis zu finden sind, sind nicht zielführend. Anlassbezogene Entscheidungen setzen

jedoch voraus, dass der Pflegeprozess individuell durchgeführt wird. Derzeit gibt es Bemühungen, genau diesen wichtigen Schritt zu verkürzen und entscheidende Inhalte wegzulassen. Dadurch kann keine anlassbezogene Pflege und Evaluierung mehr erfolgen (DNQP 2020, S. 58 f.).

In den Ergebniskriterien finden sich die Ziele der Implementierung von Schmerzmanagement. Demnach sollen alle Menschen mit Schmerzen ein adäquates Schmerzmanagement erhalten. Ein individueller Behandlungsplan kann erstellt und Beratung durchgeführt werden. Die pflegerischen Interventionen kommen zum Einsatz, und deren Wirkung wird evaluiert. Somit stehen Ergebnisse und Erfolgsnachweise von Pflegeleistungen zur Verfügung (DNQP 2020, S. 62).

Pflegepersonen wenden überwiegend komplementäre Maßnahmen wie Kälte, Wärme, Positionierungen, Gespräche, Einreibungen, Aromapflege, Wickel und vieles mehr an. Jedoch fehlen weitgehend Erfolgskontrollen. Dadurch gibt es immer noch zu wenige Ergebnisse im Hinblick auf eine wirksame Schmerzlinderung (Ewers et al. 2011, S. 520).

4.2 Implementierung nach dem Expertenstandard:

Das DNQP hat ein Methodenpapier zur Implementierung herausgegeben, dieses steht auf der Homepage des DNQP als Download bereit.

4.2.1 Implementierungsschritte

Um Schmerzmanagement in der Praxis zu implementieren, muss es vorab einen Projektantrag geben. Ohne einen schriftlichen Auftrag der jeweiligen Leitungspersonen bzw. Arbeitgeber:innen/Dienstgeber:innen kann es kein nachhaltiges Implementieren geben. Immer wieder gibt es Ansätze zur Implementierung, wobei engagierte Pflegepersonen in ihrer Freizeit ein Konzept erstellen und dann halbherzig versucht wird, einzelne Maßnahmen in der Praxis umzusetzen. Das hat mehrere Nachteile: Professionelle Pflegepersonen verfügen privat oft nicht über einen Zugang zu Datenbanken, wo sie Literatur und Studien kostenfrei erhalten. Freizeit ist mittlerweile ein hohes Gut in der Pflege geworden und sollte nicht damit verbracht werden, für Einrichtungen Konzepte zu schreiben. Wird der Implementierungsprozess nicht von den jeweiligen Leitungspersonen unterstützt, kann keine nachhaltige Veränderung stattfinden.

Der erste Schritt ist somit immer ein schriftlicher Auftrag mit Projektantrag und Bereitstellung der finanziellen Mittel. Das betrifft sowohl das Projektteam als auch die Anschaffungskosten hinsichtlich Literatur, Materialien und Schulungen.

Im zweiten Schritt erfolgt die Erhebung der Ist-Situation. Das DNQP stellt auf seiner Seite drei Erhebungsbögen zum Download bereit. Die Erhebung des Ist-Standes zeigt auf, wo die jeweilige Station oder der jeweilige Bereich im Schmerzmanagement gerade steht. Es werden Patient:innen zum Schmerzmanagement befragt, gleichzeitig wird die

Dokumentation hinsichtlich der erbrachten Pflegeleistungen begutachtet. So eine Erhebung kann gut sichtbar machen, welche Interventionen schon implementiert sind, z. B. komplementäre Pflege oder Beratung im Schmerzmanagement.

Ein weiterer Erhebungsbogen befragt die Pflegepersonen anonym, welchen Schulungsbedarf sie im Hinblick auf das Schmerzmanagement sehen. Danach können gezielt Schulungen angeboten werden.

Auch der Erhebungsbogen für die Institution zeigt klar auf, welche Voraussetzungen schon gegeben sind, um das Schmerzmanagement implementieren zu können. Idealerweise wird die Erhebung der Ist-Situation auf einer Station von einer externen Person durchgeführt.

Je nach Größe der Station, des Bereiches oder der Klinik werden mehrere Fortbildungen und Schulungen für Pflegepersonen angeboten. Ziel ist es, alle beteiligten Personen zuerst im Hinblick auf das Schmerzmanagement zu schulen und erst dann mit der Implementierung einzelner Maßnahmen zu beginnen.

Beispiel: Es ist auf einer Station vorgesehen, die Schmerzerfassung mittels Schmerzskalen einzuführen. Es erfolgt in einem ersten Schritt die Erhebung mittels Erhebungsbögen, ob und wie oft und mit welchen Skalen Schmerz erfasst wird. Dabei wird sichtbar, dass Patient:innen nicht dezidiert nach dem Schmerzwert mittels Numerischer Rating-skala befragt wurden, jedoch in der Dokumentation Werte eingetragen wurden. Auch gibt es kein Informationsmaterial für die Patient:innen hinsichtlich der Schmerzerfassung. Es liegt der Verdacht nahe, dass die Pflegepersonen den Wert schätzen. Aus zahlreicher Literatur ist bekannt, dass Pflegepersonen den Schmerz der Patient:innen meistens zu niedrig einschätzen. Deshalb ist diese Vorgehensweise nicht zu empfehlen (Carr und Mann 2014, S. 96 ff.). Die Pflegepersonen auf der Station geben mittels Erhebungsbogen anonym an, wie gut ihr Wissen über Schmerzerfassungsinstrumente ist. Je nach Ergebnis finden Schulungen für alle Mitarbeiter:innen bezüglich Schmerzerfassung statt. Ein Ziel wird formuliert. In diesem Beispiel wäre ein mögliches Ziel, dass Schmerzskalen angeschafft werden und ein Informationsfolder erstellt wird. Die Mitarbeiter:innen orientieren sich bei der Schulung der Patient:innen an diesem Folder und wenden somit die gleiche Sprache an. Ein weiteres Ziel ist es, den Schmerzwert, den die Patient:innen angeben, zu dokumentieren und somit die Fehleinschätzungen von Schmerzen zu minimieren.

Im dritten Schritt werden dann in einer Projektphase die Schulungen eingeleitet, und das Projektteam erstellt den Informationsfolder nach den allgemein gültigen Regeln. In Österreich gibt es zum Erstellen von Patienteninformationen eine Checkliste, die die Kriterien festlegt. Diese kann bei Gesundheit Österreich GmbH (GÖG) kostenfrei heruntergeladen werden. Die Checkliste gibt vier Kriterien vor: optische Kriterien, Lesbarkeitskriterien, Inhaltskriterien und Formalkriterien. Die Checkliste steht unter folgendem Link zur Verfügung: <https://jasmin.goeg.at/id/eprint/1794/> (Zugriff am 15.05.24).

Das Projektteam bestimmt im vierten Schritt den Zeitplan und erstellt das Konzept für die Implementierung. Nach der Schulungsphase erfolgt die Umsetzungsphase auf ausgewählten Stationen.

Im fünften und letzten Schritt wird nach der Umsetzungsphase das Projekt evaluiert. Erst danach kann gesagt werden, ob das Ziel erreicht wurde bzw. ob es noch weitere Maßnahmen zur nachhaltigen Umsetzung braucht.

Die Ernennung eines Projektteams ist wichtig, damit die Implementierung nicht von einzelnen engagierten Mitarbeiter:innen abhängig ist. Verlassen diese das Unternehmen, scheitert die Umsetzung. Denn mit den Mitarbeiter:innen geht natürlich auch das Wissen verloren.

4.3 Zusammenfassung

Es wäre wünschenswert, wenn der Expertenstandard gesetzlich verpflichtend in der Praxis zu berücksichtigen wäre und nach diesen Inhalten vorgegangen werden muss. Qualitätssicherung im Schmerzmanagement sollte oberstes Gebot werden. Es kann nicht sein, dass aufgrund von strukturellen oder personellen Defiziten Menschen keine adäquate Versorgung erhalten und dadurch die Zahl der chronischen Schmerzpatient:innen steigt. Es erfordert ein hohes Wissen der professionellen Pflegekräfte, um Schmerzmanagement implementieren zu können. Die Koordination und Organisation sowie das Schmerzassessment können nicht an Pflegeassistentenkräfte delegiert werden. Es reicht nicht aus, bloß ein ärztlich verordnetes Schmerzmittel zu verabreichen. Das Bewusstsein, dass Patient:innen ein Recht auf bestmögliche Schmerztherapie haben, muss endlich in der klinischen Praxis Einzug finden. Für die Zukunft ist zu hoffen, dass die bereits jahrzehntelang vorhandenen Erkenntnisse in der Schmerzmedizin doch endlich umgesetzt werden und auch die Prävention einen entsprechenden Stellenwert bekommt.

Literatur

- Büscher A, Blumenberg P (2018) Nationale Expertenstandards in der Pflege – Standortbestimmung und künftige Herausforderungen. In: Hensen P, Stamer M (Hrsg) Professionsbezogene Qualitätsentwicklung im interdisziplinären Gesundheitswesen. Gestaltungsansätze, Handlungsfelder und Querschnittsbereiche. Springer Fachmedien GmbH, Wiesbaden
- Carr ECJ, Mann EM (2014) Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe, 3., überarb. u. erg. Aufl. Huber Hans, Bern
- DNQP (2020) Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Aktualisierung 2020. Osnabrück
- Ewers A, Nestler N, Pogatzki-Zahn E et al (2011) Nichtmedikamentöse Maßnahmen in der Schmerztherapie. Anwendung in 25 deutschen Krankenhäusern. In: Schmerz, 25:516–521. Springer. <https://doi.org/10.1007/s00482-011-1089-1>. Zugegriffen am 11.09.2011



S3-Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Positionspapiere bei Schmerzen

5

Svetlana Geyrhofer

Zum Thema Schmerz und Schmerzmanagement findet sich in der Literatur eine Reihe von Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Positionspapieren. Würden diese Erkenntnisse in der Praxis umgesetzt, gäbe es deutlich weniger Schmerzpatient:innen. Akute Schmerzen würden adäquat behandelt und eine Chronifizierung vermieden werden. Auch wenn S3-Leitlinien zum Schmerz überwiegend von Ärzt:innen und ärztlichen Fachgesellschaften entwickelt werden, so sind diese auch für die professionellen Pflegefachkräfte relevant. In fast zwei Dritteln aller Leitlinien finden sich komplementäre Interventionen, die die Begründung für das pflegerische Handeln liefern. Deshalb ist es unerlässlich, sich auch als Pflegefachkraft mit den Leitlinien und Handlungsempfehlungen zu beschäftigen.

Im Folgenden soll auf eine kleine Auswahl an derzeit gültigen Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Positionspapiere eingegangen, und inhaltliche Zusammenfassungen sollen erstellt werden. Die Auswahl fiel vor allem auf jene, die häufige Schmerzsituationen beschreiben, die in vielen Pflegesettings vorkommen.

Ziel ist es, aufzuzeigen, welche Empfehlungen es allgemein gibt, die vor allem pflege-relevant sind, und zu motivieren, das pflegerische Handeln anhand von dieser Literatur auch zu begründen. Die aufgezählten Empfehlungen folgen keiner bestimmten Reihenfolge und sind online kostenfrei abrufbar. Alle Leitlinien bestehen aus einer Kurz- und einer Langfassung. Es empfiehlt sich, immer die Langfassung zu lesen.

S. Geyrhofer (✉)

Pflege minus Schmerz, Geyrhofer KG, Grein, Österreich
e-mail: office@pflege-schmerz.at

5.1 S3-Leitlinie Schmerzmanagement bei Geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings (GeriPain)

Diese Leitlinie wird von der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie e. V. erstellt. Ziel der Leitlinie ist es, die Schmerztherapie von geriatrischen Patient:innen in allen Versorgungssettings zu verbessern. Der Schwerpunkt dieser Leitlinie liegt im Assessment und Evaluierung. Die Kontinuität der Versorgung soll dabei aufrecht erhalten werden. Die Leitlinie soll bis Mitte 2025 fertiggestellt und veröffentlicht werden (<https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-005>, Zugriff am 12.03.25), (www.schmerzgesellschaft.de, Zugriff am 12.03.25), (<https://www.dggeriatrie.de/> Zugriff am 12.03.25).

5.2 Interdisziplinäres Positionspapier „Perioperatives Schmerzmanagement“ (Stand 13.04.2017)

Diesem Positionspapier ging eine österreichweite Befragung voraus. Im April 2017 wurden auf Österreichs chirurgischen Stationen die Patient:innen postoperativ mittels Fragebögen über die Zufriedenheit mit der Schmerztherapie befragt. Die Rücklaufquote lag bei ca. 35 %. Die meisten befragten Patient:innen hatten einen elektiven und geplanten Eingriff. Die Ergebnisse zeigten hinsichtlich der Erreichung der Zielwerte von unter 3 nach der Numerischen Ratingskala (NRS) und unter 5 nach der NRS bei Bewegung erfreuliche Werte. Dennoch leiden immer noch ca. 30–40 % der Patient:innen am 1. postoperativen Tag unter starken oder sehr starken Schmerzen (Jaksch et al. 2018, S. 173, 178).

Das Positionspapier wurde in einem interprofessionellen Team erstellt. Ziel war es, das perioperative Schmerzmanagement und die professionelle Zusammenarbeit in Österreich zu verbessern. Wesentliche Inhalte sind unter anderem, dass das pflegerische Schmerzassessment die Basis für Therapieentscheidungen bildet. Weiters wurde klar beschrieben, dass eine perioperative Schmerztherapie multimodal und an die jeweilige Patient:innensituation angepasst sein muss. Klare Zielvorgaben sollen definiert werden, „Bedarfsmedikationen“, wie sie in Österreich vielfach noch üblich sind, sollten der Vergangenheit angehören und sind zudem nicht gesetzeskonform. Komplementäre Pflegemaßnahmen sollen zum Einsatz kommen und Pain Nurses entsprechend ausgebildet werden. Die Implementierung eines interprofessionellen Akutschmerzdienstes wird empfohlen.

Positionspapier online abrufbar unter: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00482-017-0217-y> (letzter Aufruf 06/2024)

5.3 S3-Leitlinie Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen (Stand 01.09.2021)

Wesentlich ist hier, dass es eine starke Empfehlung für die präoperative Aufklärung der Patient:innen gibt. Diese sollte auch durch Pflegepersonen durchgeführt werden. Es gibt eine Reihe von Informationen, die Pflegefachkräfte den Patient:innen präoperativ geben

können, vor allem über die Schmerzerfassung und über den Einsatz von komplementären pflegetherapeutischen Interventionen. Gerade bei der Vorgehensweise der Schmerzerfassung sind in dieser Leitlinie wichtige Empfehlungen wie die Anwendung des immer gleichen Schmerzerfassungsinstruments aufgelistet.

Die Tatsache, dass in dieser aktuellen Leitlinie Placebogaben angesprochen werden, ist erschreckend. Es scheint, dass im perioperativen Bereich immer noch Gaben von Scheinmedikamenten vorkommen. Dies wird hier explizit als ethisch nicht vertretbar beschrieben.

Im präoperativen Schmerzassessment sollen sowohl psychosoziale Faktoren, die die Schmerzwahrnehmung verstärken können, erfasst als auch bereits präoperativ bestehende Schmerzen erhoben werden. Diese Leitlinie sieht eine regelmäßige Schmerzerfassung nach individuell festgelegten Zeitabständen vor. Das bedeutet, je nach individuellem Zustand der Patient:innen soll der Intervall der Schmerzerfassung angepasst werden. Eine standardisierte, ritualisierte Schmerzabfrage, z. B. 3x täglich bei allen Patient:innen ist nicht zielführend.

Voraussetzung für individuell festgelegte Schmerzerfassungen ist ein professionelles Schmerzassessment und das Handeln nach dem Pflegeprozess. Kann das nicht gewährleistet werden, hilft man sich mit festgelegten Vorgaben sowohl hinsichtlich der Zeit als auch der Häufigkeit der Schmerzerfassung. Um die Profession der Pflege nicht zu gefährden, muss darauf bestanden werden, dass die strukturellen und personellen Rahmenbedingungen so organisiert werden, dass ein Vorgehen nach dem Pflegeprozess möglich ist. Auch ein adäquates Nebenwirkungsmanagement wird empfohlen. Alle Therapieinterventionen sollen zeitnahe hinsichtlich ihres Erfolges evaluiert werden.

Die S3-Leitlinie abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/001-025>.

S3-Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz (Stand: 31.12.2016, wird derzeit überarbeitet) sowie

S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS) (Stand 01.04.2020)

Bemerkenswert an der Leitlinie Nationale VersorgungsLeitlinie Kreuzschmerz ist, dass die nicht-medikamentösen Maßnahmen zuerst gereiht sind. Die medikamentöse Therapie wird hier als Ergänzung gesehen. Topisch applizierbare NSAR werden aufgrund des mangelnden Wirksamkeitsnachweises nicht empfohlen. Ebenso wird die Gabe von Paracetamol bei Kreuzschmerzen nicht empfohlen. Diese Leitlinie hängt eng mit der S3-Leitlinie Langzeitanwendung von Opioiden bei chronischen nicht-tumorbedingten Schmerzen (LONTS) zusammen. Opiode sollen demnach nur kurzzeitig bei Nicht-Tumorschmerzen zum Einsatz kommen und die Evaluierung innerhalb von 3–12 Wochen erfolgen. Pflegefachkräfte können hier entscheidend mitwirken, indem sie ein gutes Schmerzassessment durchführen und eine Reduktion von Opioiden vorschlagen.

Die LONTS-Leitlinie hat einen besonderen Stellenwert im Hinblick auf die Opioidkrise in den USA. Solche Krisen können zur Verunsicherung der Bevölkerung beitragen. Es kann zu Unterversorgung mit Opioiden kommen, da sowohl Betroffene als auch Ärztinnen und Ärzte Bedenken bezüglich Verschreibung und Einnahme von Opioiden äußern. Das pflegerische Schmerzassessment kann hier dazu beitragen, die Opioidtherapie sicher und wirksam zu steuern.

Die S3-Leitlinie ist abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/nvl-007>.

Die LONTS-Leitlinie ist abrufbar unter: <https://register.awmf.org/de/leitlinien/detail/145-003>.

Update der evidenz- und konsensbasierten Österreichischen Leitlinie für das Management akuter, subakuter, chronischer und rezidivierender unspezifischer Kreuzschmerzen 2018

Diese Leitlinie wurde analog der deutschen S3-Leitlinie in Österreich erstellt. Die Inhalte sind im wesentlichen gleich zur deutschen Leitlinie.

Die Leitlinie ist abrufbar unter: <https://www.sozialministerium.at/Themen/Gesundheit/Gesundheitssystem/Gesundheitssystem-und-Qualitaetssicherung/Qualitaetsstandards/Leitlinie-Kreuzschmerz-2018.html>.

5.4 S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung (Stand 02.02.2020)

Diese Leitlinie empfiehlt sich besonders bei Patient:innen mit Atemnot. Hier wird ausdrücklich die Gabe von Opioiden empfohlen, um Atemnot zu lindern und bei den Patient:innen am Lebensende nicht nur Schmerz zu behandeln, sondern auch das Atmen zu erleichtern.

Die S3-Leitlinie ist abrufbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/palliativmedizin>.

5.5 S3-Leitlinie Supportive Therapie bei onkologischen Patient:innen (Stand Februar 2020)

In dieser Leitlinie wird die topische Behandlung mit Menthol bei chemotherapieinduzierter Polyneuropathie empfohlen. Menthol scheint wirksamer zu sein als Medikamente, die bei Polyneuropathie verabreicht werden. Die Mentholcreme ist von den Patient:innen selbst zu bezahlen, daher kann auch die Pflegefachkraft im Rahmen der Beratung die Mentholcreme empfehlen.

Die S3-Leitlinie ist abrufbar unter: <https://www.leitlinienprogramm-onkologie.de/leitlinien/supportive-therapie>.

5.6 Zusammenfassung

Diese kleine Auswahl an Leitlinien, Handlungsempfehlungen und Positionspapieren soll zeigen, wie wichtig diese Literatur für das pflegerische Handeln ist. Würden mehr Pflegepersonen wissen, dass Paracetamol nicht gegen Kreuzschmerzen wirkt, würden sie Pati-

ent:innen ernst nehmen und adäquate multimodale Schmerztherapien vorschlagen. Je mehr Pflegefachkräfte in der Onkologie wissen, dass Mentholcreme bei chemotherapie-induzierter Polyneuropathie unterstützend eingesetzt werden kann, desto weniger Patient:innen müssten unter den Folgen einer Chemotherapie leiden. Auch wenn Studien fehlen, könnte Mentholcreme unter Umständen auch bei anderen neuropathischen Zuständen wirksam sein. Hier wären weitere Studien empfehlenswert. Wissen sowohl Pflegefachkräfte als auch Ärztinnen und Ärzte Bescheid, dass Opioide durchaus auch Atemnot lindern können, würden Palliativpatient:innen nicht immer noch warten müssen, bis sie am Lebensende doch noch Schmerzmittel erhalten, die ihre Lebensqualität verbessern. Um die entsprechende Vielfalt an Literatur auch verstehen und bewerten zu können, benötigt es eine fundierte Grundausbildung auf akademischem Niveau. Diese ist durch den Bologna-Prozess endgültig auch in Österreich angekommen. Das gibt Hoffnung, dass in Zukunft mehr Pflegefachkräfte Fachliteratur lesen und die Inhalte in die klinische Praxis umsetzen.

Literatur

Jaksch W, Likar R, Frohner U, Herbst F (2018) Schmerzversorgung bei chirurgischen Eingriffen. Ergebnisse einer österreichweiten Patientenbefragung zur postoperativen Schmerzsituation und zum perioperativen Schmerzmanagement. *Schmerz* 32:171–180, online publiziert am 17.04.2018, Springer Medizin Verlag GmbH. <https://doi.org/10.1007/s00482-018-0291-9>

Teil II

Multimodale Schmerztherapie – Grundlagen, Recht, medikamentöse Schmerztherapie



Interdisziplinäre, multimodale Schmerztherapie im psychosozialen Krankheitsmodell

6

Ekkehard Schweitzer

6.1 Einleitung

Schmerzen veranlassen Menschen, Hilfe zu suchen.

Bei akuten Erkrankungen führt die Behandlung oder auch die spontane Besserung in der Regel zur Abnahme und schließlich zum Abklingen der Schmerzen. Eine zusätzliche symptomatische Therapie kann zur Schmerzreduktion beitragen. Die Schmerztherapie ist daher in der Regel vergleichsweise „einfach“ und nur zeitlich begrenzt notwendig.

Anhaltende oder wiederkehrende Schmerzen stellen demgegenüber eine größere Herausforderung dar. Die Beseitigung der Ursache ist nicht oder nur teilweise möglich, die Erkrankung hat berufliche, soziale und familiäre Konsequenzen, diese haben wiederum Auswirkungen auf die Möglichkeiten zur Krankheits- und Schmerzbewältigung. Häufig sind an der Entstehung und Aufrechterhaltung anhaltender oder wiederkehrender Schmerzen mehrere Faktoren beteiligt, die sich wechselseitig verstärken und die Chronifizierung fördern. Eine rein an körperlichen Symptomen orientierte Behandlung kann in dieser Situation nicht oder nur teilweise erfolgreich sein. Nur eine Therapie, die krankheitsbeeinflussende psychische und soziale Faktoren berücksichtigt und entsprechende Therapieangebote integriert, hat Aussicht auf Erfolg.

Im Folgenden sollen Indikationen, Therapieelemente, organisatorische Aspekte und Erfolgsfaktoren einer interdisziplinären, multimodalen Behandlung unter psychosozialen Gesichtspunkten beschrieben werden.

E. Schweitzer (✉)

Abt. für Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie, Klinik Hietzing, Wien, Österreich

6.2 Schmerzarten und -ursachen, Schmerzerleben und -verhalten

Man unterscheidet akute, chronische (länger als 3 Monate oder „über den normalen biologischen Heilungsverlauf hinaus“ anhaltende) und chronisch-rezidivierende (wiederkehrende) Schmerzen.

Abhängig von Ursache, Intensität und den Möglichkeiten zur Beeinflussung kann auch ein akuter und damit zeitlich begrenzter Schmerz eine hohe psychosoziale Belastung darstellen. Zumeist verringert sich das subjektive Belastungsgefühl aber rasch mit dem Abklingen der Schmerzen. Anhaltender oder wiederkehrender Schmerz stellt hingegen eine andauernde Belastung dar. Betroffene sind körperlich und psychisch weniger leistungsfähig, sind unter Umständen mit dem Verlust ihrer beruflichen oder sozialen Rollen konfrontiert, die finanzielle Situation verschlechtert sich, sie können die gewohnten Rollen in ihren Familien nicht mehr wahrnehmen, es kommt zu sozialem Rückzug.

Unter dem Aspekt der schmerzauslösenden Struktur differenziert man zwischen nozizeptiven, neuropathischen und „gemischten“ Schmerzsyndromen. Eine weitere Unterscheidung ist die zwischen (oberflächlichen und tiefen) somatischen und viszeralen Schmerzen.

Nozizeptive Schmerzen, vor allem nach Verletzungen oder Operationen, sind dem Alltagsverständnis von „Schmerz“ sehr nahe. Neuropathische Schmerzen entziehen sich schon eher dem Verständnis, vor allem wenn sie nicht nach einer Verletzung, sondern „spontan“ im Rahmen einer Polyneuropathie oder nach einer Gürtelrose auftreten. Viszrale Schmerzen lösen oft starke Ängste („Vernichtungsgefühle“) aus.

Am meisten entziehen sich anhaltende somatoforme Schmerzstörungen (F45.40, ICD 10) bzw. somatische Belastungsstörungen („Somatic Symptom Disorder“, ICD 11, deutsche Übersetzung in Ausarbeitung) dem Alltagsverständnis. Hier kommt es zu schweren Schmerzzuständen, die durch keinen physiologischen Prozess oder eine körperliche Störung erklärt werden können.

Schmerz hat neben der sensorisch-diskriminativen (schneidend, stechend, ziehend, dumpf, bohrend, brennend usw.) immer auch eine affektiv-emotionale Komponente (unträchtig, zermürbend, entsetzlich, scheußlich, fürchterlich, elend).

Bei akuten Schmerzen reagieren wir als Behandler im Allgemeinen spontan und intuitiv auf die emotionale Komponente. Wir versuchen nicht nur, für rasche Schmerzreduktion zu sorgen, sondern auch zu trösten, abzulenken, Zuversicht zu vermitteln. Am augenscheinlichsten ist diese Reaktion von Hilfspersonen, wenn Kinder Symptome akuter Schmerzen zeigen.

Wenn wir als Behandler den emotionalen Ausdruck eines Patienten allerdings als nicht adäquat einstufen, empfinden wir das Schmerzverhalten als irritierend und reagieren abwehrend.

Bei anhaltenden oder wiederkehrenden Schmerzen sind Betroffene häufig mit wenigerverständnisvollen Reaktionen ihrer Umgebung konfrontiert. Das „Akut-Schmerz-Modell“

funktioniert nicht, es kommt zu keiner Schmerzreduktion in absehbarer Zeit. Das Versagen der Bewältigungsmethoden, die erfahrungsgemäß zur Linderung akuter Schmerzen führen, ist Ursache wiederkehrender Frustrationserlebnisse sowohl für die Betroffenen als auch ihre Bezugspersonen. Es wird für Angehörige, Bekannte, Freunde und Arbeitgeber, Geschäftspartner oder Kunden auf Dauer schwierig, verständnisvoll und zugewandt zu bleiben. Die Schmerzwahrnehmung wird mit früheren Erfahrungen verglichen, bisher bekannte Bewältigungsstrategien werden wieder und wieder als Lösungsversuch eingesetzt. Bewältigungsversuche mit neuen Strategien werden unternommen, Ratschläge von Verwandten, Freunden, Bekannten, Gesundheitsdienstanbietern eingeholt. Auch hier kommt es zu wiederholten Versuchen, vielleicht ist ja die richtige Behandlung noch nicht gefunden? Jeder neuerliche vergebliche Heilungsversuch erhöht die Frustration bei Betroffenen, ihrem familiären und sozialen Umfeld und den Behandlern. Die Betroffenen fühlen sich kaum mehr imstande, ihren Lebensvollzug aktiv zu gestalten. So wird der Schmerz auf dem Umweg über die wiederholten Versuche der Schmerzbewältigung zum zentralen Angelpunkt im Denken und Fühlen betroffener Personen.

Es kommt zu Angstzuständen; traurige Verstimmung und Mutlosigkeit lassen die Suche nach einer Lösung zunehmend aussichtsloser erscheinen. Das Gefühl der Hilflosigkeit macht den Schmerz schließlich unerträglich.

Anhaltende und wiederkehrende Schmerzen sind nicht einfach länger andauernde akute Schmerzen, da die Bewältigungsmechanismen, die bei akuten Schmerzen hilfreich und oft ausreichend sind, versagen.

6.3 Was sind die Risikofaktoren einer Chronifizierung akuter Schmerzen?

Eine rezente Zusammenfassung findet sich bei Pogatzki-Zahn (2021).

Die Stärke des akuten Schmerzes korreliert mit dem Chronifizierungsrisiko. Das unterstreicht die Bedeutung einer raschen und effektiven Akutschmerzversorgung.

Verletzungen nervaler Strukturen haben ein höheres Risiko der Schmerzchronifizierung als Verletzungen anderer Gewebe.

Wie weit die Wiederherstellung der körperlichen Funktion nach dem akuten Ereignis möglich ist, hat Einfluss auf das Anhalten oder Wiederkehren von Schmerzen.

Ein bedeutsamer Prognosefaktor ist die subjektive Wahrnehmung der eigenen körperlichen und seelischen Gesundheit. Eine pessimistische Einschätzung der eigenen Möglichkeiten zur Verbesserung des Gesundheitszustandes und zur Bewältigung einer Krise ist ein wichtiger Risikofaktor für Chronifizierung.

Das Fehlen sozialer Unterstützung erhöht ebenfalls das Risiko für anhaltende oder wiederkehrende Schmerzen. Das Vorhandensein eines sozialen Netzwerks kann darüber entscheiden, ob eine erfolgreiche Schmerzbewältigung gelingt oder nicht.

Die Neigung zum Katastrophisieren als individueller Persönlichkeitsfaktor ist relevant.

Inadäquates Vermeidungsverhalten, aber auch übertriebenes Durchhalteverhalten als Bewältigungsstrategien akuter Schmerzen können die Chronifizierung fördern. Der Erfolg von verhaltenstherapeutischen Programmen, bei denen durch gezielte psychosoziale Interventionen die Prognose verbessert werden konnte, ist empirisch bewiesen (Hasenbring et al. 1999).

Weitere Risikofaktoren für die Chronifizierung von Schmerzen sind die Arbeitszufriedenheit, Arbeitsmarktfaktoren und soziale Absicherung (Pfingsten 2001).

6.4 Unterschiedliche „Typen“ von Patienten mit chronischen Schmerzen

Patienten ohne psychosoziale Beeinträchtigung von Krankheitswert, d. h. mit stabilen persönlichen Ressourcen und günstigen sozialen Umgebungsbedingen, stellen den „Idealtypus“ zur Versorgung in einer somatisch orientierten Behandlungseinrichtung dar. Bei dieser Konstellation haben rein somatisch orientierte Behandlungskonzepte eine hohe Erfolgswahrscheinlichkeit.

Bei Patienten mit psychosozialen Risikofaktoren und Defiziten in der Schmerzbewältigung sind rein somatisch orientierte Konzept beschränkt erfolgreich. Im besten Fall führen sie zu einer vorübergehenden Besserung der Beschwerden. Bei dieser Patientengruppe müssen inadäquate Krankheitsmodelle adressiert und durch adäquate Modelle ersetzt werden, dysfunktionelle Copingstrategien reflektiert und zugunsten funktionaler Bewältigungsstrategien aufgegeben werden, die externe durch eine interne Kontrollattribution abgelöst werden. Die subjektive Wahrnehmung der eigenen Gesundheitskompetenz muss verbessert, die soziale Teilhabe wiedererlernt, Katastrophisierungsneigung bewusst gemacht und „verlernt“ werden, übertriebenes Angstvermeidungs- oder inadäquates Durchhalteverhalten abgebaut werden.

Bei Patienten mit den Krankheitsverlauf beeinflussenden schweren psychiatrischen Komorbiditäten muss der Fokus neben der Schmerztherapie auf der Behandlung dieser Komorbiditäten liegen. Das unterstreicht die Bedeutung der fachübergreifenden Herangehensweise. Patienten in der Depression sind aufgrund der gedrückten Stimmung, der verstärkten Ermüdbarkeit und des Verlusts von Interesse und Freude an normalerweise als angenehm erlebten Aktivitäten nicht in der Lage, Veränderungen ihrer Situation aktiv anzugehen. Bei Menschen mit Angststörungen sind diese so im Vordergrund des Erlebens, dass eine Beeinflussung des schmerzbezogenen Erlebens und Verhaltens ebenfalls erst durch Besserung der psychiatrischen Störung möglich ist. Bei Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen muss die Traumatherapie Hand in Hand mit der Schmerztherapie gehen. Bei Einengung von Erleben und Verhalten durch den Gebrauch psychotroper Substanzen ist ohne Behandlung der Substanzabhängigkeit keine erfolgversprechende Schmerztherapie möglich.

Patienten mit psychiatrischen Primärerkrankungen müssen primär psychiatrisch behandelt und schmerztherapeutisch begleitet werden. Auch für diese Gruppe an Patienten ist die fachübergreifende Betreuung entscheidend.