

# Schmerz in der Pflege und Pflegeforschung

Prof. Dr. Christa Hüper

**Viele erschütternde Schicksale Schmerzleidender weisen darauf hin, daß bis heute keine mehrdimensionale Schmertheorie existiert. Die Situation schmerzkranker Menschen im Gesundheitswesen ist gekennzeichnet durch Unkenntnis auf Seiten der Behandler und Behandelten. Beide betrachten und behandeln den chronischen Schmerz wie den Akutschmerz; eine falsche Gleichsetzung, durch die Chronizität erst mitverursacht wird.**

## Übersicht

1. Problemskizze
2. Was ist der menschliche Schmerz?
3. Schmerz und Chronizität: Das Ausmaß des Problems in Zahlen
4. Der Schmerzkranker: Ein Chroniker der kurativen Medizin
5. Der medizinisch geprägte Umgang mit dem Schmerz
6. Zum Problem der Diagnostik chronischer Schmerzen
7. Pflegerische Forschungsschwerpunkte als Profession

Wer von diesem Beitrag die Abhandlung einer neuen, durchschlagenden Schmerzbekämpfungsmethode erhofft, den werde ich wohl enttäuschen. Mein Angebot ist schlichter und schwieriger zugleich. Ich werde mich im folgenden schwerpunktmäßig auf Aspekte der Lebenswirklichkeit schmerzkranker Menschen in unserem Gesundheitswesen konzentrieren. Lassen Sie uns zunächst gemeinsam hinsehen, wie es Menschen mit wiederkehrenden Schmerzen in unserem Gesundheitswesen ergeht. Folgen Sie mir deshalb zunächst auf dem Weg, das Thema im Kontext der Wirklichkeit des Schmerzchronikers im Medizinsystem zu entfalten. Lassen Sie sich ein auf einen Perspektivwechsel.

## 1. Problemskizze

„Volkskrankheit Nr. 1 Rückenschmerzen: Therapien, die wirklich helfen, Sportarten, die nicht schaden, Operationen, die sinnvoll sind“, so lautet der Aufmacher, das Titelblatt, des Nachrichtenmagazins Focus im September 1995.

Im weiteren Artikel und nach einem einführenden Fallbeispiel erfolgt der

Hinweis auf 20 Milliarden DM geschätzter Kosten für Behandlung und Arbeitsausfall und die Sorge von Renten- und Krankenversicherern, deren Statistiken für jeden fünften Frührentenfall und jede dritte Krankenschreibung Rückenschmerzen als ursächlich verantwortlich zeichnen.

Zitiert wird im Focus-Artikel der Schmerzexperte Hildebrandt der Unikliniken Göttingen, der für 60-80 Prozent der Rückenschmerzpatienten trotz aufwendiger Medizintechnik mit Computer- und Kernspintographie unklare Ursachen konstatiert. Er beklagt die katastrophale Versorgungslage durch die einseitige Behandlung der niedergelassenen Orthopäden: „Wir halten halsstarrig an unserem Bild vom Rückenschmerz als rein körperlicher Krankheit fest“.

Fehlende wirksame Behandlungskonzepte, Ratlosigkeit der Behandler, hohe Kosten bei Krankenkassen und Rentenversicherern, enorme Umsatzzahlen für Schmerzmittel der verschiedensten Art bei der Pharmaindustrie kennzeichnen das Bild auf Seiten der Anbieter und Verwalter von Gesundheitsleistungen und Krankheitsbehandlung.

Jahrelanges Leiden, mißglückte Behandlungsversuche, Ohnmachtsgefühle, Verzweiflung und nicht selten schwere Depressionen, auch Psychiatrieaufenthalte und vielfach Medikamentenabhängigkeit kennzeichnen das Bild auf Seiten der Schmerzleidenden.

Bei ca. drei Millionen Menschen mißglücken Behandlungsversuche, sie leiden unter chronischen Schmerzen.

Sie leiden an dauernden oder wiederkehrenden Schmerzen, die sich nicht linear auf eine Schmerzursache zurückführen lassen und sich zu einer eigenen Krankheit entwickelt haben. Pflegenden sind diese Menschen ebenso vertraut wie jene mit Schmerzfreiheit durch geglückte Genesungsprozesse. Nachfolgend wird es um Menschen mit chronischen Schmerzen gehen und um die recht erstaunliche Tatsache, daß in einem analgetisch optimal versorgten Land Rückenschmerzen die Volkskrankheit Nr. 1 sind.

Pflegerisches Handeln stellt, oft im Gegensatz, vielfach in Ergänzung zur medizinischen Behandlung, den pflegebedürftigen, den kranken Menschen in den Mittelpunkt der Tätigkeit. Der Pflegeprozeß als Theorie und Methode ist Ausdruck dieses Verständnisses. Im biomedizinischen Denkmodell ist der Schmerz allein Ausdruck einer zugrundeliegenden Störung des menschlichen Körpers, er ist Zeichen einer Regelwidrigkeit. Auf diese Weise objektiviert, kann er als vom Subjekt gelöst betrachtet werden. Seine Komplexität und Mehrdimensionalität reduziert sich auf die Funktion des warnenden Hinweises krankhafter, körperlicher Veränderungen. Diese auf das Objekt Schmerz gerichtete Wahrnehmung prägt ganz wesentlich, wie zu zeigen sein wird, die Beziehungen, in denen Behandlung stattfindet.

Den schmerzgeplagten Menschen statt seinen Schmerz in das Zentrum pflegerischen Handelns zu stellen, bedeutet dagegen

- den Schmerzkranken als kooperativ Handelnden zu begreifen,

- seine Lebenswirklichkeit zu verstehen und anzuerkennen und
- Bedingungen herzustellen, unter denen es möglich wird, Selbstbestimmung und Eigenverantwortlichkeit als gestaltende Beziehungselemente zu fördern (vgl. Hüper 1994: 284 ff.).

Professionell Helfende müssen für diese Zielsetzung oder diesen Zukunftsentwurf die behindernden Probleme und Bedingungen erkennen, die in der gesundheitlichen Versorgung Schmerzkranker liegen und die sich in den Beziehungsstrukturen widerspiegeln.

Basierend auf dieser Analyse sind nachfolgend Überlegungen anzustellen, die für die pflegerische Beziehung zu den Schmerzleidenden und die Schmerzforschung wichtig werden. Ausgehend von den Problemen Schmerzkranker, die u.a. durch ein eindimensionales Schmerzverständnis, durch mangelnde Behandlungskonzepte und durch dominante medikamentöse Schmerzvernichtung entstehen, muß sich die Pflege, wie andere professionelle Gesundheitsberufe auch, vor der Instrumentalisierung des Schmerzes und den damit verbundenen Allmachtsphantasien hüten. Gerade weil uns bis heute noch so wenig über die Situation und Wirklichkeit des chronisch Schmerzleidenden bekannt ist, unterliegen medizinische, und in den letzten Jahren auch vermehrt psychologische, Schmerztherapien leicht der Gefahr sozialtechnologischer Machbarkeit. Dem Schmerz wird in seiner Bedeutung für den Schmerzleidenden in manchen Therapieangeboten nur noch dort Aufmerksamkeit zuteil, wo er auf abzutrainierendes schmerzauslösendes oder schmerzverstärkendes Verhalten hinweist. Als persönliche und komplexe Erfahrung verschwindet er in psychophysiologischen Lernstrategien des operaten Konditionierens, in Entspannungstechniken und in einer elektronischen Technik, die die physiologischen Aktivitäten an den Schmerzleidenden rückmeldet. Den Schmerz mit dem Leben der Schmerzleidenden zu verbinden, ein für die Pflegeanamnese und Pflegeplanung vorrangiges Anliegen, könnte vor weiterer Instrumentalisierung bewah-

ren helfen. Kommt es doch in diesem Zugang darauf an, zunächst einmal das zu tun, was Canetti mit „*dem Hören, was einer von sich erzählt*“ benennt. Daß ein solches Verständnis im pflegerische Alltag immer wieder neu zu erlangen versucht werden muß, wird mit folgendem Zitat deutlich:

„*Es ist schwer, die personale Würde eines Leidenden zu achten, wenn das Leiden nur eine Variante immer gleicher ‚klinischer Erscheinungsbilder‘ ist – und der Leidende selbst schmerzernstnervt und erregt, verzweifelt und apatisch, unverständlich aber neunmalklug, verwirrt aber rechthaberisch, oder gar psychisch gestört, geistig behindert, bewußtlos.*

„*Und es ist schwer, sich als Mit-Heilender zu begreifen; zumal wenn man schon ein gelernter Patient ist: stets prima versorgt, weil optimal versichert, und maximal angepaßt; oder geplagt von Schmerz und Todesangst, daß man sich nur noch in die Arme des Helfers geben will*“ (Schönberger 1987: 141).

1984 ist erstmals eine repräsentative Umfrage zum chronischen Schmerz durchgeführt worden. Niedergelassene Ärzte, die mit chronisch Schmerzkranken befaßt sind, wurden zu ihren angewandten Behandlungsmethoden und ihrem Bedürfnis nach interdisziplinärer Zusammenarbeit befragt. Folgende Ergebnisse sind zu konstatieren:

- Bei ca. 25 Millionen Patienten in der ambulanten Versorgung im Jahr liegt der Anteil von Menschen mit dauerhaften Schmerzen bei 10 - 12%.
- Bei den niedergelassenen praktischen Ärzten, Internisten und Neurologen ist der prozentuale Anteil chronisch Schmerzkranker mit 10-12%, bei den Fachärzten für Orthopädie mit 31% angegeben worden.
- Patienten mit Schmerzen von mindestens einem Jahr Dauer werden von 87% der praktischen Ärzte behandelt und von 76% der Internisten.
- In 14 Tagen konsultieren durchschnittlich 15,4 chronische Schmerzkranker den praktischen Arzt und

durchschnittlich 9,1 Patienten mit andauernden Schmerzen den Internisten.

- Medikamente sind mit Abstand das Mittel der Wahl zur Schmerzbehandlung in fast allen Fachdisziplinen (praktische Ärzte, Internisten, Neurologen, Gynäkologen). Allein bei den Orthopäden überwiegt als Behandlungsmaßnahme die physikalische Therapie und Neuraltherapie.
- Ungefähr 10% dieser chronisch Schmerzkranken gelten als therapieresistent und sollten nach Ansicht der behandelnden Ärzte Spezialrichtungen zugeführt werden.

Für die Schmerzdauer berichtet Seemann (1991: 117) von einer Chronifizierung über durchschnittlich 9,9 Jahre bis zur Überweisung in eine schmerztherapeutische Ambulanz. 664 standardisierte Anamnesebögen aus zwei Schmerzpraxen einer Großstadt und einer Kleinstadt wurden ausgewertet. Es konnte neben der langen Chronifizierung von fast zehn Jahren ein Durchschnittsalter der Patienten von 52,5 Jahren festgestellt werden. 34% dieser Patienten leiden unter multiplen Schmerzen. Bei elf verschiedenen Therapieversuchen haben sie durchschnittlich achtmal einen Arztwechsel vorgenommen.

## 2. Was ist der menschliche Schmerz?

Die „Internationale Vereinigung zum Studium des Schmerzes“ definiert 1979:

„*Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben werden kann.*“

Diese bald 20 Jahre alte Definition läßt erkennen, daß Schmerzen, akut oder chronisch, nicht auf die Körperlichkeit des Schmerzes begrenzt bleiben können. Schmerzreize und Schmerzleitung, also die Funktion der Nozizeptoren, des Vorderseitenstrangs, der Formatio reticularis, des Thalamus und des Großhirns sowie der so-

nannten Morphine des Gehirns bilden kein starres Schmerzsystem. Sie sind gebunden und beeinflussbar durch die menschliche Wahrnehmung und das menschliche Erleben des Schmerzes. Damit aber sind sie ohne die Einbeziehung der soziokulturellen Bedingungen des Menschen nicht analysierbar und behandelbar; Sinnes- und Gefühls-erlebnis sind eine Einheit.

Diese von einer Kommission entwickelte Definition des menschlichen Schmerzes, die jeglicher mechanistischer Schmerzauffassung den Boden entzieht, muß auch für den zweiten Teil besonders beachtet werden. Während durch die Einheit von Sinnesempfindung und Gefühlserlebnis bereits die traditionelle Trennung körperlicher und psychischer Schmerzen aufgehoben wird, gilt dieses noch einmal deutlich durch die Formulierung „... oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben werden kann“.

Schmidt/Struppler (1983: 18) weisen explizit auf die Absicht der International Association hin, die auf diese Weise hervorhebt, daß es viele Schmerzen gibt, „die unabhängig von irgendwelchen körperlichen Schmerzreizen auftreten. (...) Für das subjektive Schmerzverständnis ist es völlig belanglos, ob eine Gewebsschädigung vorliegt oder nicht. Das heißt, durch seelische (psychische) Probleme ausgelöste Rückenschmerzen werden vom Patienten genauso intensiv und real erlebt wie Rückenschmerzen durch zerschlissene Wirbelgelenke. Nichts wäre so falsch, wie im ersten Fall von eingebildeten und im zweiten Fall von echten Schmerzen zu reden.“

Der Mensch, der unter Schmerzen leidet, ist also in seinem physiologischen, psychologischen und sozialen Sein beeinträchtigt. Er erlebt den Schmerz als existentielles Bewußtseinsphänomen.

### **3. Schmerz und Chronizität: Das Ausmaß des Problems in Zahlen**

Insgesamt leiden an chronischen Schmerzen schätzungsweise drei Millionen Menschen der alten Bundes-

länder. 10% der westdeutschen Bevölkerung, also fast sechs Millionen Menschen, nimmt nach eigenen Angaben regelmäßig Medikamente gegen Schmerzen ein. Weitere acht Millionen Menschen greifen gelegentlich zu Schmerzmitteln (vgl. Zimmermann/Seemann 1986: 79 ff.). Das Schmerzgeschehen führt neben den direkten Krankheitskosten zu einem Arbeitsausfall von 200 Millionen Arbeitstagen im Jahr. Allein die Arbeitsunfähigkeitstage aufgrund der Erkrankungen des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes, Erkrankungen, bei denen die rheumatischen Schmerzen im Vordergrund stehen, belaufen sich nach Angaben der Betriebskrankenkassen auf 17 Millionen Tage. Die Ortskrankenkassen beziffern die Kosten mit denselben Krankheiten auf 58 Millionen Arbeitsunfähigkeitstage und die Rentenversicherungsträger melden, daß sie 50% der Rentenanträge begründen. Insgesamt werden die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten dieser schmerzhaften Erkrankungen auf 39 bis 60 Milliarden Mark p. a. geschätzt.

Chronische Schmerzen, wie Kopfschmerzen, Migräne, Gesichtsschmerzen, Bauschmerzen, Rheumaschmerzen, Krebschmerzen und Rückenschmerzen haben sich zu einem gesundheitspolitisch wie medizinisch ernstzunehmenden Problem entwickelt. Der bis vor wenigen Jahren noch ausschließlich als physiologisches Ereignis aufgefaßte Schmerz biomedizinischer Forschung entwickelt sich immer häufiger zu einem chronifizierten Krankheitsbild.

Ogleich in unserem Gesundheitswesen in den letzten 15 Jahren Schmerzambulanzen, Schmerzkliniken und ambulante Schmerzpraxen eingerichtet wurden, sind wir noch weit davon entfernt, das immer noch dominante biomedizinische Schmerzverständnis zu überwinden.

### **4. Der Schmerzkranken: Ein Chroniker der kurativen Medizin**

„Die Therapie chronischer Schmerzen beruht immer noch wesentlich auf dem Modell des akuten Schmerzes“ steht in

dem Bericht der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (1989: 170).

Mit diesem Verständnis und therapeutischen Vorgehen ist die Medizin aber unfähig, den chronischen Schmerz als Krankheit zu identifizieren. Vielmehr trägt sie durch ihr beharrliches Festhalten an den physiologischen und biochemischen Prozessen der Schmerzentstehung zur Schmerzchronifizierung bei.

Ebenso sind Schmerzdeutungen, die in der Krankheitserkennung auch die biographischen Besonderheiten verstehen wollen, von der alltäglichen Behandlungsmedizin abgespalten. Die psychosomatischen Behandlungen spielen in ihrem Schattendasein, trotz qualitativ hochwertiger Arbeit, eine gesundheitspolitisch eher unbedeutende Rolle. Genausowenig ist ein Schmerzverständnis in die Medizin integriert, das die Chronizität als durch sozioökonomische Zusammenhänge verursacht sieht. Sozialmedizinische und medizinsoziologische Erkenntnisse können sich bisher über eingerichtete Lehrstühle hinaus im medizinischen Alltag kaum Geltung verschaffen.

Die Medizin behandelt den Dauerschmerz wie den Akutschmerz vorwiegend pharmakologisch mit dem Ziel der Schmerzeliminierung. Gerade die „hochentwickelten pharmakologischen Behandlungsansätze (sind) in der Behandlung chronischer Schmerzen oder Dauerschmerzen oft unwirksam oder laufen dem Behandlungsziel sogar zuwider“ (Bresler 1989: 154).

## **5. Der medizinisch geprägte Umgang mit dem Schmerz**

Das Schmerzverständnis und der Umgang zum Schmerz sind seit der massenhaften Analgetikaproduktion von Schmerzvernichtung geprägt. Die vielfältigen Möglichkeiten der chemischen Schmerzbekämpfung auf einem mit Analgetika überschwemmten Pharmamarkt „haben bei den professionellen Helfern ebenso wie bei den Laien zu nachhaltigen Veränderungen im Umgang mit Arzneien und Medikamenten geführt und in der Folge zu einem anderen Verständnis von Schmerz und Leid“ (Vogt 1985: 1)

Schmerzeliminierung und die damit verbundenen medizinischen Fortschritte zählen zu den großen Erfolgen der pharmazeutischen Industrie. Das lukrative Geschäft mit Medikamenten aller Art auf der einen Seite, und der unbedarfte Umgang mit Schmerzmitteln auf der anderen, entpuppt sich immer mehr als ein gefährvoller Weg in die Schmerzchronizität. Erfolgreiche Schmerzvernichtung durch Pharmaka offenbart sich zuehrend als Fortschrittsfalle.

Die Abhängigkeit von Schmerzmitteln ist bei jedem zehnten Schmerzchroniker bereits die einzige Krankheitsursache (vgl. Ernst/Füller 1988: 17). Eine Übersicht über die meistverkauften Medikamente im Jahre 1990 kann auf den ersten Blick das Medikament als dominante Schmerzbekämpfungsmethode belegen (siehe Abb 1). Die beiden meistverkauften Schmerzmittel sind Arzneien aus der Gruppe der Kombinationspräparate. Neben der analgetischen haben sie auch wesentlich psychotrope Wirkung. Da sie rezeptfrei zu erwerben sind, muß ihr massenhafter Konsum als entscheidender Hinweis für ein vorhandenes Mißbrauchspotential und eine deutliche Suchtgefährdung

durch Schmerzmittel gewertet werden. Insgesamt sind 80% aller konsumierten Analgetika solche Schmerzmittel, die als rezeptfreie oder rezeptpflichtige Kombinationspräparate neben der schmerzmindernden Substanz auch solche mit stimmungsverändernder Wirkung besitzen (vgl. Heiss 1990: 581).

Dieser risikoreiche Umgang mit Analgetika ist jedoch nicht nur beim Schmerzleidenden zu verzeichnen. Vielmehr spiegelt er sich auch in der Verschreibungspraxis der Ärzte wider. Die vor wenigen Jahren veröffentlichte und als „brisant eingestufte“ Analyse (vgl. Glaeske 1991a: 47) zur Verordnungspraxis von Medikamenten mit Mißbrauchspotential demonstriert nachhaltig den immer deutlicher werdenden gesundheitspolitischen Handlungsbedarf. Melchinger u.a. (1992) kommen zu den folgenden wichtigsten Ergebnissen:

- 6,7 % aller nahezu 7 000 behandelten Patienten bekommen von ihren Ärzten als Langzeitverordnung Medikamente mit Abhängigkeitspotential verschrieben. Aus den Verordnungen über den erhobenen Zeitraum muß auf bereits manife-

ste, mindestens aber auf eine latente Gefahr der Medikamentenabhängigkeit geschlossen werden.

- Bei Verordnungen über suchterzeugende Medikamente, die über Wochen verschrieben werden, erfolgt bei den meisten Patienten kein Absetzen des Mittels, sondern es schließt sich eine Langzeitverordnung an.
  - Benzodiazepine, die zur Beruhigung oder bei Schlafstörungen verschrieben werden, sind führend bei den Langzeitverordnungen.
  - Der Anteil von Patienten mit Langzeitverordnungen von suchterzeugenden Präparaten ist bei Allgemeinärzten und Internisten unterschiedlich hoch und liegt zwischen 3,4 und 16,2 % aller Patienten.
  - Erst in der zweiten Lebenshälfte ist ein gravierender Anstieg der Langzeitverordnungen zu verzeichnen. Mit zunehmendem Lebensalter steigt die progrediente Medikamentenverordnung. Das Durchschnittsalter liegt bei 66,4 Jahren.
  - 70% aller Medikamente mit Abhängigkeitspotential werden an Frauen verordnet.
  - Für ein Drittel aller entsprechenden Patienten mit Langzeitverordnung finden sich keine Diagnosen mit Hinweisen zu psychischen Befindlichkeitsstörungen oder psychiatrischen Krankheitsbildern.
  - Weniger als 20% aller Patienten mit Langzeitverordnungen finden psychotherapeutische Hilfen über die ärztlichen Beratungsgespräche hinausgehend.
- Festzuhalten ist, daß Präventionen zur Verhütung von Schmerzchronifizierung zuallererst eine massive Aufklärungskampagne beinhalten müssen. Eine Aufklärung, die alternative Möglichkeiten der Schmerzbewältigung aufzuzeigen versteht, ohne den drohenden Zeigefinger des Moralapostels zu erheben. Das Untersagen von Werbung mit dem Versprechen der schnellen Schmerzvernichtung, die darüber hinaus durch Vitaminzusätze ein zweifelhaftes Gesundheitsbewußtsein signalisieren, gehört dazu. Ein Blick in die "Schmerz ex und hopp" Fernsehwerbung oder die

**Abb. 1 Liste der meistverkauften Arzneimittel im Jahre 1990**

Rang	Arzneimittelname	Packungsmenge	Anwendungsbereich
1	Thomapyrin	22,8 Mio. SM	Schmerzen
2	Spalt N	13,6 Mio. SM	Schmerzen
3	Aspirin	10,3 Mio. SM	Schmerzen
4	Aspirin + C	10,1 Mio. SM	Schmerzen
5	Bepanthen	7,9 Mio. SM	z.B. Wundheilung
6	Olynth	7,8 Mio. SM	Nasentropfen
7	Voltaren	7,0 Mio. Rp	Rheuma
8	Ben-u-ron	6,9 Mio. SM	Schmerzen, Fieber
9	Paracetamol-ratio	6,5 Mio. SM	Schmerzen, Fieber
10	pH-5-Eucerin	5,9 Mio. SM	Hautpflege
11	Mucosolvan	5,7 Mio. SM	Hustenlöser
12	Otriven	5,3 Mio. SM	z.B. Nasentropfen
13	Wick	5,2 Mio. SM	Erkältung/Schnupfen
14	Sinupret	4,7 Mio. SM	Erkältung/Schnupfen
15	ASS-ratio	5,1 Mio. SM	Schmerzen
16	Kwai	4,9 Mio. SM	Knoblauchpille
17	Marvelon	4,7 Mio. Rp	Antibaby-Pille
18	Novodigal	4,6 Mio. Rp	Herzinsuffizienz
19	L-Thyroxin Henning	4,4 Mio. Rp	Schilddrüsenmittel
20	Vivimed	4,4 Mio. SM	Schmerzmittel

SM = nicht-rezeptpflichtig, vor allem Selbstmedikation  
 RP = rezeptpflichtig

Quelle: Glaeske (1991b: 40)

Frauenzeitschriften machen das Anliegen evident.

Daß ein solchermaßen angestrebtes präventives Vorgehen jedoch nicht ausreichend ist, noch den Kern der Sache trifft, wird durch den nachfolgend ausgeführten Aspekt deutlich. Er steht im Kontext notwendiger Veränderungen medizinischer Logik der Krankheitswahrnehmung insbesondere für chronische Erkrankungen.

## 6. Zum Problem der Diagnostik chronischer Schmerzen

Obgleich in der Medizin Schmerzen immer ein wesentliches Motiv für Behandlung sind, kennt die moderne Medizin kein Diagnosekonzept für chronische Schmerzen.

*„In der Medizin des 20. Jahrhunderts ist ... der Aspekt des Heilens überbetont worden. So ist es verständlich, daß chronische Schmerzen vielfach als therapieresistente Schmerzen ad acta gelegt wurden. Auch beim Medizinstudium kam der chronische Schmerz und seine Behandlung überhaupt nicht vor“* (Zimmermann 1990:85).

Bleiben die Schmerzen über sechs Monate hinaus bestehen, muß, soweit besteht Einigkeit in der Definition, ein chronischer Schmerz konstatiert werden. Die über diesen Zeitraum entstehenden kognitiv-emotionalen Einschätzungen sind von zunehmender Unsicherheit, Frustration, Kompetenzverlust und letztendlich Hilflosigkeit, manchmal gepaart mit Aggression, begleitet. Sie bestimmen im weiteren Verlauf immer stärker die Beziehung zwischen Hilfesuchendem und Helfenden.

Unter dem diagnostischen Blick verändert sich die Art und Weise des Schmerzes für den Schmerzleidenden. Nach Regeln, die er nicht kennt wird der Schmerz operationalisiert, wird das irreguläre Subjektive für die Diagnostik in das naturwissenschaftlich Objektiv-Körperliche transformiert. Der Schmerz aber, derart zugerichtet und in distanzierende Ordnung gebracht, wird quasi unerkannt das „Fremde“ und „Andere“ im eigenen Leib, „... auf daß die Medizin das

*Abgespaltene isolierend und objektivierend behandeln kann“* (Habs/Klimpel 1986: 31).

Auf diese Art und Weise an das medizinische Denken und Handeln abgetreten, führt die enteignete und entsubjektivierte Schmerzentäußerung zu *„kontrollierende(n) Maßnahmen des Arztes, statt daß er bei dem, der den Schmerz erleidet, eine Haltung bewirken würde, die ihm helfen könnte, die Verantwortung für seine Erfahrung zu übernehmen“* (Illich 1981: 162).

Weder die Einbindung des Schmerzhaften ins eigene Leben, noch die Auswirkungen des Schmerzes auf das Alltagsleben des Schmerzleidenden sind Gegenstand medizinischer Diagnostik. Als das „Andere“ und „Fremde“ im Körper wird es zum zu bekämpfenden Übel. Biographische Besonderheiten, individuelle Schmerzbeschreibungen und Schmerzhafte der Lebensumstände sind nicht Gegenstand naturwissenschaftlicher Schmerzauffassung, sondern sie stören vielmehr die verallgemeinerungsfähigen Aussagen und behindern vermeintlich die Diagnosestellung. Dominante Arzneimitteltherapie und eine Schmerzursachenforschung im technisch erhobenen Prozeß von Körperdarstellung und -befundung haben eine Interaktionsform zwischen Behandler und Behandelten entstehen lassen, die auf rasche Schmerzbeseitigung abzielt.

Wenn für die sog. therapieresistenten Schmerzchroniker Aussagen wie *„Damit müssen Sie leben lernen“* oder *„Es wird an einem neuen Medikament bereits gearbeitet“* die Interaktionsgrundlage darstellen, offenbart sich die theoretische wie praktische Hilflosigkeit im Umgang mit chronischem Schmerz. Nach allem bisherigen Wissen sind solche Äußerungen dazu angetan, eine beiderseitige depressive Verarbeitung zu bewirken, aufrecht zu erhalten oder zu verstärken.

Neben der noch ausstehenden mehrdimensionalen Schmerztheorie sind zukünftige Entwicklungen zu unterstützen, denen Entwürfe von Autonomie, Freiheit und Selbstverwirklichung statt Beherrschung und schnelle Schmerzvernichtung zugrun-

de liegen. Hier könnte pflegerisches Handeln neben der Aufklärungs- und Beratungstätigkeit ansetzen.

## 7. Pflegerische Forschungsschwerpunkte

Für den pflegerischen Prozeß gilt es deshalb, Gestaltungsmöglichkeiten für die Wiederaneignung des Schmerzes durch den Schmerzkranken zu entwickeln. Dafür könnten in einem ersten Schritt der Pflegeforschung die von Patricia Benner beschriebenen Kompetenzen für den Bereich des Helfens und den des Betreuens und Beratens herangezogen werden. Es sind Kompetenzen, die sie aufgrund von Interviews und Beobachtungen für komplexe Pflegesituationen den Pflegenden quasi „abgeschaut“ hat. Kompetenzen, die auf diesem methodischen Weg erschlossen wurden, beziehen sich u.a. auf folgende Punkte (Benner 1994: 67, 92):

- Dem Patienten seine Lage so angenehm wie möglich gestalten; sein Gefühl, ein Mensch zu sein, auch angesichts von Schmerz und schwerstem Zusammenbruch erhalten.
- Schmerzen einschätzen und geeignete Maßnahmen sowohl für den Umgang mit ihnen als auch zu ihrer Bekämpfung auswählen.
- Trost spenden und Kontakt herstellen über körperliche Berührung.
- Den Patienten durch emotionale Krisen und Entwicklungsprozesse führen. Neue Möglichkeiten aufzeigen, Hilfe beim Loslassen alter Gewohnheiten: Leiten, Lehren, Vermitteln.
- Das richtige Timing: den Zeitpunkt erfassen, an dem sich der Patient auf neue Erfahrungen einlassen kann.
- Dem Patienten dabei helfen, die Folgen seiner Krankheit in sein Leben zu integrieren.
- Den Patienten sein Krankheitsverständnis aussprechen lassen und seine Sichtweise nachvollziehen.
- Dem Patienten eine Deutung seines Zustands anbieten und Eingriffe erklären.

Wie diese Kompetenzen sich in einem Praxiskonzept für Schmerzranke widerspiegeln, zeigen in jüngster Zeit Strunk/Osterbrink (1995: 1064 ff). In ihren Aufgabenbeschreibungen für Pflegende in einer Schmerzklinik auf der Grundlage des Pflegemodells von D. Orem finden wir die BennerÆschen Kompetenzen eingebunden in ein pflegerisches Praxiskonzept. Auf diese Weise theoriegeleitet sind sie der pflegerischen Handlung in ihrer Beliebigkeit entzogen. Solchermaßen für Schmerzranke konzipierte wichtige Behandlungseinrichtungen im Gesundheitswesen müssen, wie die Autoren auch fordern, wissenschaftlich begleitet werden. Dieses ist sicher ein wesentliches Feld der Pflegeforschung.

Wie mit der vorausgegangenen Analyse zur Wirklichkeit von Schmerzleidenden im Gesundheitswesen aber gezeigt werden konnte, muß Pflegeforschung auch die pflegerische Tätigkeit in Organisationen und Institutionen umfassen und die Pflege als gesundheits- und sozialpolitische Größe aufgreifen. Verschiedene Punkte der vorangegangenen Ausführungen verdeutlichen, daß zwischen der Wahrnehmung eines „medizinischen Symptoms“ wie dem Schmerz, der theoretischen und soziokulturellen Einordnung, den Behandlungsmethoden und der Beziehungsgestaltung zwischen Helfenden und Hilfebedürftigen enge Zusammenhänge bestehen. Pflegeforschung, ausgehend von einer handlungsorientierten Pflegewissenschaft, die das „ihrer Praxis eigene Wissen aus verschiedenen Gebieten der Natur-Sozial- und Geisteswissenschaften in einer ihrem Vorhaben spezifischen Weise“ (Robert-Bosch-Stiftung 1996: 10) bezieht, darf diese Zusammenhänge nur zur analytischen Bearbeitung trennen. Die Analyse der behindernden Bedingungen eines selbstbestimmten und gesundheitsfördernden Umgangs mit dem Schmerz ist für die Gestaltungsnotwendigkeiten unverzichtbar. Basierend auf diesen Kenntnissen und eingebunden in einen solchermaßen entwickelten Kontext können dann für die Schmerzranke beispielsweise folgende Forschungsfragen wie

- die Bedeutung des chronischen Schmerzes für das Leben eines Menschen, die subjektiven Bela-

stungen, die mit ihm verbunden sind,

- die angestrebten und die unternommenen Bewältigungsformen sowie
- die gelungenen oder mißglückten Belastungs- und Problembewältigungen

fruchtbar werden. Der wissenschaftliche Prozeß der Problemwahrnehmung, Problembeschreibung und Problemlösung bezieht sich bei diesem Vorgehen nach wie vor auf das pflegerische Handeln und die pflegerische Beziehung. Er bleibt aber weder in seinem Kontext noch in seiner Entwicklung auf diese begrenzt.

Prof. Dr. Christa Hüper,

Ev. Fachhochschule Hannover,  
Blumhardtstr. 2, 30625 Hannover

## Literatur

**Benner, P. (1994):** Stufen zur Pflegekompetenz. From Novice to Expert. Bern u.a.: Huber

**Bresler, D.E. (1989):** Gesundheitsförderung und chronischer Schmerz: Herausforderungen und Wahlmöglichkeiten. In: Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.), Gesundheitsförderung und chronische Krankheit. Köln, S. 154-169

**Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (Hrsg.) (1989):** Gesundheitsförderung und chronische Krankheit. Köln

**Ernst, A./Füller, I. (1988):** Schlucken und Schweigen. Wie Arzneimittel Frauen zerstören können. Köln: Kiepenheuer & Witsch

**Glaeske, G. (1991a):** Arzneimittelmißbrauch und Möglichkeiten zur Prävention. In: Prävention 2/1991. Zeitschrift für Gesundheitsförderung, S. 58-63

**Glaeske, G. (1991b):** Arzneimittelstatistik 1990. In: Deutsche Hauptstelle gegen Suchtfahren (DHS) (Hrsg.), Jahrbuch

Sucht 1992. Geesthacht: Neuland, S. 36-63

**Habs, G./Klimpel, L. (1986):** Die Magie der Schmerzen. In: Psychologie heute, 3/1986, S. 23-33

**Heiss, B. (1990):** Medikamentenmißbrauch und -abhängigkeit bei chronischen Schmerzstörungen. In: Basler, H.-D. u.a. (Hrsg.), Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. Berlin u.a.: Springer, S. 578-591

**Hüper, Ch. (1994):** Schmerz als Krankheit. Die kulturelle Deutung des chronischen Schmerzes und die politische Bedeutung seiner Behandlung. Frankfurt am Main: Mabuse

**Illich, I. (1981):** Die Enteignung der Gesundheit. Reinbek b. Hamburg: Rowohlt

**Melchinger, H. u.a. (1992):** Verordnungspraxis von Medikamenten mit Abhängigkeitspotential. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 13. Baden-Baden: Nomos

**Robert-Bosch-Stiftung (1996):** Pflegewissenschaft. Grundlegung für Lehre, Forschung und Praxis. Materialien und Berichte 46. Gerlingen: Bleicher

**Schönberger, F. (1987):** Kooperation als therapeutisches Prinzip. In: Schönberger, F. (Hrsg.), Bausteine der kooperativen Pädagogik. Teil 1. Grundlagen, Ethik, Therapie, Schwerstbehinderte. Stadthagen: Bernhardt-Pätzold, S. 141-197

**Schmidt, R.F./Struppler, A. (1983):** Der Schmerz. Ursachen. Diagnose. Therapie. München und Zürich: R. Piper

**Seemann, H. (1991):** Chronische Schmerzen – eine interdisziplinäre Aufgabe. In: Prävention. Zeitschrift für Gesundheitsförderung 3/1991, S. 116-120

**Strunk, H./Osterbrink, J. (1995):** Aufgabenbeschreibung der Pflegenden in der Schmerztagesklinik. In: Die Schwester/ Der Pfleger, 12/95, S. 1064-1066

**Vogt, I. (1985):** Für alle Leiden gibt es eine Pille: Über Psychopharmakakonsum und das geschlechtsrollenspezifische Gesundheitskonzept bei Mädchen und Frauen. Opladen: Westdeutscher Verlag

**Zimmermann, M. (1990):** Physiologie von Nozizeption und Schmerz. In: Basler, H.-D. u.a. (Hrsg.), Psychologische Schmerztherapie. Grundlagen, Diagnostik, Krankheitsbilder, Behandlung. Berlin u.a.: Springer, S. 46-88

**Zimmermann, M./Seemann, H. (1986):** Der Schmerz – Ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin? Berlin u.a.: Springer