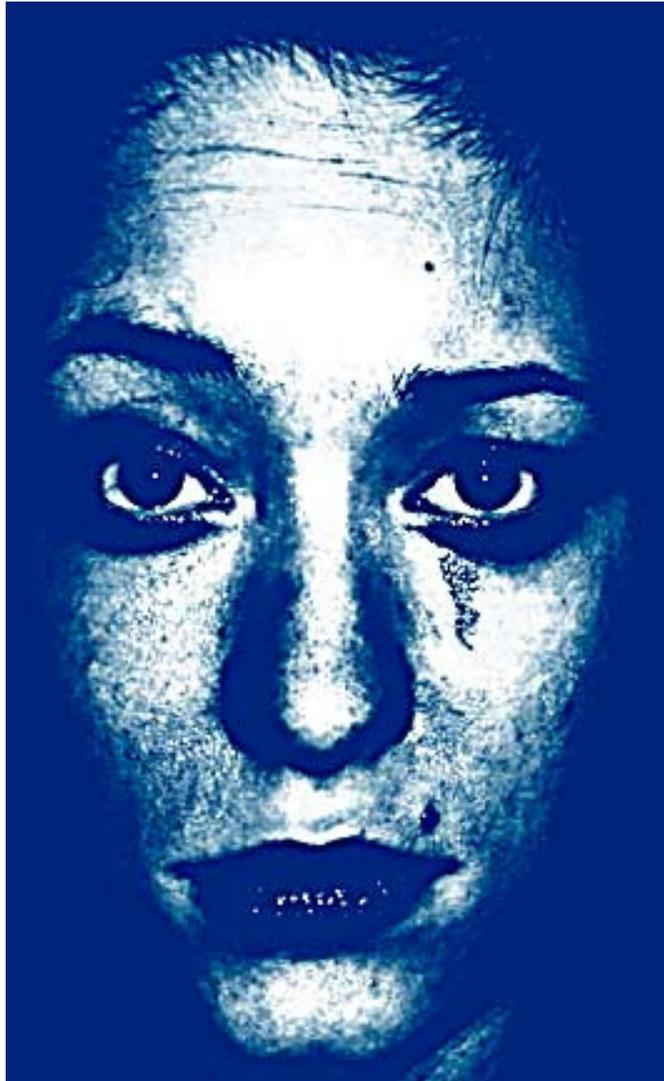


Projektarbeit
„Schmerz“



Ausbildung „Experte Palliativ Care“

Projektteam: „Marod“

**Sabine Kruppa – Boelck
Brigitte Wallerberger
Rudolf Nährer**

Projektarbeit: Schmerz

Inhaltsverzeichnis	2
1. Einleitung.....	3
2. Aufgabenstellung.....	3
2.1. Ziele	
2.2. Theorie des Schmerzes	
3. Vorgehensweise.....	5
3.1. Planung	
3.1.1. Auswahlkriterien	
3.1.2. Fragebogenerstellung	
3.1.3. Publikation	
3.2. Durchführung der Interviews	
3.3. Materialsammlung Fragebögen	
3.4. Materialsammlung Theorie	
4. Auswertung.....	7
4.1. Auswertungskriterien	
4.2. Empirische Daten	
4.3. Auswertung der Fragebögen (Anhang)	
4.4. Ärzte und „Schmerz“	
5. Evaluation.....	11
6. Fachbericht.....	11
6.1. Hintergrund zum Fachbericht	
6.2. Fachbericht „Dein Schmerz – unsere Chance“	
7. Schlussworte.....	32
8. Danksagung.....	33
9. Informationsquellen	34

Anhang:

Fragebögen

Gesamtauswertung Fragebögen Patienten

Gesamtauswertung Fragebögen Ärzte

1. Einleitung

Im Rahmen unserer Ausbildung zum „Experten für Palliativ Care“ haben wir uns als Projektgruppe „Marod“ entschieden, das weitläufige Thema Schmerz zu beleuchten.

Sensibilisiert durch Defizite im Zugang und Umgang mit „Schmerz“ in unserem Arbeitsumfeld Hospiz- und Palliativ Care, wollen wir auf die Vielschichtigkeit von Schmerz aufmerksam machen, Wissen vertiefen und das Verständnis fördern durch und für einen bewussten Umgang.

2. Aufgabenstellung

2.1. Ziele

Das Ziel dieser Projektarbeit ist, Palliativpatienten in der Ganzheitlichkeit ihres Schmerzerlebens besser verstehen zu können. Der Focus liegt im Wesentlichen auf dem psychischen und sozialen Bereich. Wie erleben Palliativpatienten Schmerzen?¹ Wie erfahren Patienten ihr unmittelbares soziales Umfeld in diesen Krisensituationen und welche Hilfestellungen wären für sie wichtig?

Die behandelnden Ärzte sind vorrangig Ansprechpartner für Schmerzpatienten. Wie nehmen sie diese Situation wahr?

Auf diese Fragen versuchen wir einzugehen, indem wir Gespräche mit Betroffenen und Ärzten führen.

In einem Fachbericht werden die gesammelten Informationen in Form von sehr persönlichen Erzählungen wiedergegeben, und anhand der theoretischen Ausführungen beleuchtet. Durch die Veröffentlichung des Fachberichtes in ausgewählten Zeitschriften werden Betroffene, professionelle Betreuer wie auch interessierte Menschen angesprochen.

2.2. Theorie des Schmerzes

Schmerz (von althochdeutsch smerzo) ist eine komplexe Sinnesempfindung, oft mit starker seelischer Komponente.²

Schmerz ist, wenn es wehtut, sagt der Volksmund.

Schmerz ist eine nach Intensität und Qualität reich abgestufte Skala von körperlichen Empfindungen, die alle mit starken Unlustgefühlen verbunden sind und durch äußere Reize oder krankhafte Vorgänge ausgelöst werden – sagt das Lexikon.

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potenzieller Gewebsschädigung verknüpft ist oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben wird – so die Definition der internationalen Schmerzgesellschaft.

Verschiedene Definitionsversuche machen deutlich, dass Schmerzen ein sehr persönliches und/oder seelisches Erlebnis sind und einen Auslöser haben.

Schmerzen werden uns erst bewusst, wenn sie sich ihren Weg ins Gehirn gebahnt haben, verbunden mit den vielen Informationen, die dem Gehirn zur Verfügung stehen. Feine Unterscheidungen der Qualität der Schmerzen sind möglich und Schmerzerinnerungen

¹ Um den Redefluss nicht zu beeinträchtigen, verwenden wir die allgemeine Form

² <http://www.oesg.at>

kommen ins Spiel. Den gesamten Prozess vom Schmerzreiz bis zum Bewusstwerden nennt man Schmerzempfindung.

Schmerzen sind mit einer Reihe von Veränderungen verbunden. Körperliche Zustände wie Herzklopfen, veränderte Atmung, Schweißausbruch, gesteigerte Pulsfrequenz oder erhöhte Muskelspannung treten auf. Die Gefühlswelt reagiert, Gedanken schießen durch den Kopf und bestimmte Verhaltensweisen werden ausprobiert, um den Schmerz zu lindern. Die verschiedenen Schmerz Aspekte wurden näher erforscht von der Medizin, Biologie, Psychologie, Sozialwissenschaften und die Ergebnisse erweitern nicht nur das Wissen um den Schmerz, sondern öffnen auch neue Wege in der Schmerztherapie.

Die einzelnen Schmerz Aspekte greifen ineinander, fügen sich zusammen:

- Sensorischer Aspekt: Unterscheidungsmöglichkeit nach Charakter, Dauer, Intensität und Ort des Schmerzes
- Emotionaler Aspekt: Begleitende Gefühle wie Angst, Niedergeschlagenheit, Hilflosigkeit, Traurigkeit, Ärger, Gefühlsqualität
- Kognitiver Aspekt: Bewertung der Situation, Erwartungen, Gedankenverbindungen, Erinnerungen, Mythenbildung
- Verhaltensbezogener Aspekt: Handlungen, sprachliches und nicht sprachliches Ausdrucksverhalten, Medikamentengebrauch, Arzt- und Therapiewahl

Nach ihrer Entstehung unterscheidet man fünf Formen des Schmerzes:

- Somatischer oder nozizeptiver Schmerz: Schmerzen bei Reizung des Gewebes; Oberflächenschmerz
- Neuropathischer Schmerz: Schmerzen bei Schädigung von Nerven; Nervenschmerz
- Viszeraler Schmerz: Schmerzen bei Schädigung innerer Organe; Eingeweideschmerz
- Sympathisch vermittelter Schmerz: Schmerzen bei involviertem vegetativem Nervensystem
- Psychogener Schmerz: Schmerzen bei seelischer Störung; seelisch verursachter Schmerz

Das Schmerzerleben:

Wie Schmerzen erlebt werden, hängt sehr stark von der persönlichen Geschichte eines Menschen, sowie seinen seelischen, sozialen und kulturellen Aspekten ab.

Schmerzen sind subjektiv, das heißt:

- Schmerzen treffen jeweils einen ganz bestimmten Menschen, der eine ganz bestimmte Lern- und Lebensgeschichte hat
- Schmerzen treffen jeweils einen ganz bestimmten Menschen, der sehr persönliche (Schmerz)Erfahrungen hat
- Schmerzen werden von jedem Menschen anders empfunden und erlebt
- Schmerzen entziehen sich einer „Wahrheitsprüfung“ durch Außenstehende

Das aktuelle Schmerzerleben ist das Ergebnis der gesamten Schmerzerfahrung von Kindesalter an, der damit verbundenen Lerngeschichte und den daraus abgeleiteten Erwartungen, Hoffnungen und Befürchtungen.

Die Bausteine für unser Schmerzerleben sind, wann und unter welchen Umständen wir mit welchen Schmerzen konfrontiert werden, welche Gedanken und Gefühle mit den Schmerzen verbunden sind, ob und wie wir uns selbst helfen können oder andere Menschen uns beistehen und welche Auswirkungen die Schmerzen auf unser Leben haben.

Wiederkehrende Schmerzerfahrungen wirken sich prägend auf die Einstellung zu Schmerzen und den Umgang mit ihnen aus. Neue Erfahrungen (Gegenwart) lassen alte Erinnerungen wieder aufleben (Vergangenheit) und setzen bestimmte Erwartungen frei (Zukunft). Das aktuelle Schmerzerleben steht so im Spannungsfeld zwischen „Gestern“ und „Morgen“.

Die Grundstimmung eines Menschen, sein Lebensgefühl, seine sogenannte „Kulisse“, sowie Gefühle und Stimmungslagen wie Furcht, Ärger, Freude, Traurigkeit, Vertrauen, Erwartung, Ekel, Überraschung etc. beeinflussen stark das Schmerzerleben:

„Furcht vor etwas“ „Ärger wegen Jemandem“ „Freude auf Etwas“³

Zur Mitteilung eines Schmerzerlebnisses sind wir auf bildhafte Umschreibungen angewiesen, da es unmöglich ist, einem Menschen ohne Schmerzempfindung das Erlebnis Schmerz verständlich zu machen. Der Schmerz gehört wie andere Sinneseindrücke zu den nicht näher definier- oder erklärbaren Urerlebnissen des persönlichen Bewusstseins. Sind mehrere Menschen beisammen, die Schmerzen verspüren, so wäre es sinnlos zu sagen, hier sei ein Mehrfaches von Schmerz beisammen: Es gibt keine „Summe von Schmerz“, es gibt immer nur das jeweilige einmalige, unverwechselbare Schmerzerlebnis. Schmerz kann also ausschließlich aus dem erschlossen werden, was der Betroffene über ihn aussagt.

Theodor Storm schreibt in einem Gedicht seine Empfindung bei beginnendem Magenkrebs nieder:

*Ein Punkt nur ist es, kaum ein Schmerz,
nur ein Gefühl, empfunden eben;
und dennoch spricht es stets darein,
und dennoch stört es dich zu leben.*

*Wenn du es andren klagen willst
So kannst Du`s nicht in Worte fassen.
Du sagst dir selber: „Es ist nichts!“
Und dennoch will es Dich nicht lassen.*

*So seltsam fremd wird Dir die Welt,
und leis verlässt Dich alles Hoffen.
Bist Du es endlich, endlich weißt
Dass Dich des Todes Pfeil getroffen.*

3. Vorgehensweise

3.1. Planung

Folgende Schritte wurden im Rahmen der Projektarbeit festgelegt:

In der ersten Projektphase definierten wir die Kriterien für die zwei Personengruppen und erarbeiteten die Fragebögen, die in Form von Interviews beantwortet wurden.

Bei den Interviews geht es uns nicht um Quantität sondern um Qualität. Das Ziel dieser Projektarbeit ist keine statistische und empirische Auswertung, sondern das Erfassen der sehr persönlichen Erfahrungen Betroffener.

³ „Schmerz“, wie können wir damit umgehen; Specht-Tomann, Sandner-Kiesling, S. 16-61

In der zweiten Projektphase erfolgte die Durchführung der Interviews und deren Einzelauswertung, die in der dritten Phase zu zwei Gesamtauswertungen nach festgelegten Kriterien zusammengefasst wurden.

Die vierte Phase beinhaltet die Erstellung des Fachberichts und die Fertigstellung der Projektarbeit.

3.1.1. Auswahlkriterien

Die Kriterien für die Interviewgruppen wurden folgendermaßen definiert:

Die erste Personengruppe umfasst Palliativpatienten ohne Klassifizierung, die zweite Personengruppe sind Ärzte aus den Fachbereichen Allgemeinmedizin, Onkologie und Palliativmedizin. Es sollten von jeder Gruppe 10 Personen befragt werden, so dass jedes Projektmitglied 3-4 Personen jeder Gruppe zu interviewen hatte.

Folgende Kriterien wurden für beide Gruppen festgelegt:

- Alter von 18 Jahren nach oben offen
- Geschlechtsspezifisch ausgewogen
- Einzugsgebiet sind die Bezirke Vöcklabruck und Gmunden in OÖ und Neunkirchen in NÖ
- Intervieworte: Krankenhaus, Pflegeheim, Ordination, zu Hause

3.1.2. Fragebogenerstellung

Es wurde ein Fragebogen erstellt, der inhaltlich für beide Personengruppen übereinstimmte, aber in der Formulierung der Fragen der jeweiligen Personengruppe angepasst wurde.

Ziel der Arbeit mit den Fragebögen war, zu erfahren, wie Patienten ihre „Schmerzsituation“ beschreiben und wie die Wahrnehmung von Ärzten zur Schmerzsituation von Patienten ist. Die halb – offen strukturierten Fragebögen dienten als Leitfaden für das Gespräch und ließen Raum für persönliche Stellungnahmen (qualitatives Explorieren).

Die Fragebögen wurden auf allgemeine Verständlichkeit hin formuliert, in der Gruppe getestet und dem Projektziel dienend, straff zusammengefasst.

Die Fragebögen befinden sich im Anhang.

3.2. Durchführung der Interviews

Alle befragten Personen wurden im Vorfeld um das Interview gebeten und nach ihrem Einverständnis wurde ein Termin vereinbart.

Um gute Voraussetzungen für die Interviews zu schaffen, war folgende Vorgehensweise zu beachten:

- Vorstellen des Interviewers mit kurzer Einleitung / Hintergrund
- Zeitlichen Rahmen festlegen (ca. 1 Std.)
- Wertschätzung gegenüber dem Interviewpartner
- Raum für Persönliches
- Zusicherung und Einhaltung der Vertraulichkeit
- Option für Nachfragen

Die Fragen wurden dem zu Interviewenden vorgelesen und von ihm in eigener Formulierung beantwortet.

Nur dann, wenn der Gesprächspartner „sprachlos“ war, konnten definierte Begriffe als Antwortmöglichkeiten angeboten werden.

Besonderes Augenmerk wurde darauf gelegt, die Dialoge „zwischen den Zeilen“ und die sehr persönliche Wahrnehmung der Befragten festzuhalten.

Die Aussagen wurden handschriftlich während der Interviews aufgezeichnet.

Die Befragungen wurden in einem Zeitraum von ca. 8 Wochen des Jahres 2006 durchgeführt.

3.3.3. Publikation

Der Fachbericht als Produkt der Projektarbeit soll fachspezifischem Publikum wie auch der allgemeinen Leserschaft zugänglich gemacht werden.

Die Erzählungen beschreiben reale Situationen, in denen sich Leser - als Betroffene oder Außenstehende - finden können.

Verbunden mit den theoretischen Hintergründen wollen wir den Lesern ein besseres Verständnis für das Schmerzgeschehen und den Umgang damit vermitteln.

Folgende Verlage erreichen durch ihre hohe Auflage viele Menschen:

Verlag „Welt der Frau“ in der gleichnamigen österreichischen Zeitschrift, Seniorenkalender des Seniorenbundes (OÖ), Seniorenzeitschrift (OÖ), Kirchenzeitungen OÖ und NÖ, Hospizzeitschriften OÖ und NÖ.

Zu den Verlagen wurde bereits Kontakt aufgenommen. Verbindliche Zusagen können jedoch erst nach redaktioneller Prüfung erfolgen.

Die Veröffentlichung in der Seniorenzeitschrift ist für Dezember 2006, in der Hospizzeitschrift OÖ mit der 1.Ausgabe 2007 und in „Welt der Frau“ für Frühjahr 2007 geplant.

3.3. Materialsammlung

Diese umfasst die 20 ausgefüllten Fragebögen (Patienten/Ärzte), Gesamtauswertungen und substanziell wichtige Informationen, die sich im Rahmen der Interviews ergaben.

Ergänzt wird die Materialsammlung durch Fachliteratur, Informationen aus dem Internet und Publikationen, speziell Schmerzliteratur betreffend.

Das theoretische Fachwissen bildet neben der Gesamtauswertung (siehe Pkt.4.3.) die zweite wesentliche Grundlage für den Fachbericht

4. Auswertung

4.1. Auswertungskriterien

Die ausgefüllten Fragebögen wurden nach 5 Schwerpunkten ausgewertet, wobei die einzelnen Fragen den Schwerpunkten zugeordnet wurden.

Die Auswertung der Patienten / Ärzte erfolgte getrennt.

Auswertung Patienten:

- Bereitschaft für Gespräch und Verständlichkeit der Fragestellung
- Persönliche Situation

- Schmerzerfahrung, Umgang mit dem Schmerz
- Umfeld
- Reaktion der behandelnden Ärzte auf den Schmerz.
Erwartung an die Ärzte bei Schmerzen
- Gesamteindruck

Auswertung Ärzte:

- Bereitschaft für Gespräch und Verständlichkeit der Fragestellung
- Einschätzung der Schmerzerfahrung des Patienten und dessen Umgang damit
- Umfeld des Patienten
- Reaktionen eines Arztes auf Schmerz
Erwartungen des Patienten an den behandelnden Arzt in der Schmerzsituation
- Gesamteindruck

4.2 Empirische Daten

In der nachstehenden Tabelle finden sich die Daten aller befragten Personen:

Patienten

Geschlecht	Alter	soziale Situation	Erkrankung
weiblich	40 - 50	geschieden, alleinerziehende Mutter von 5 Kindern	Colon- Ca
weiblich	50 - 60	ledig, allein lebend, keine Kinder	Mamma - Ca
weiblich	60 - 70	verheiratet, Kinder	Mamma - Ca
weiblich	70 - 80	verheiratet, 1 Tochter	Colon - Ca
weiblich	80 - 90	verheiratet, im Familienverband lebend	multimorbid
weiblich	50 - 60	verheiratet, Kinder	neurolog. Erkr.
weiblich	50 - 60	verheiratet, Kinder	Pancreas-Ca
männlich	50 - 60	Lebensgemeinschaft, 2 Kinder	CA Pharynx
männlich	80 - 90	verwitwet, allein lebend	multimorbid
männlich	60 - 70	verheiratet, Kinder	Lungen - CA

Ärzte

Geschlecht	Alter	Fachrichtung
männlich	40- 50	Anästhesie, Palliativmedizin
weiblich	30 -40	Palliativmedizin
weiblich	30 - 40	Palliativmedizin
männlich	30 - 40	Allgemeinmedizin
männlich	40 - 50	Onkologie
männlich	50 - 60	Onkologie
männlich	50 - 60	Onkologie
männlich	40 - 50	Allgemeinmedizin
männlich	40 - 50	Allgemeinmedizin
männlich	50 - 60	Onkologie
weiblich	40 - 50	Palliativmedizin

4.3. Auswertung der Fragebögen

Die Ergebnisse der Interviews wurden vorerst von jedem Projektmitglied nach den definierten Kriterien einzeln ausgewertet. In der Projektgruppe wurden die Auswertungen zu einer Gesamtauswertung „Patienten“ und einer Gesamtauswertung „Ärzte“ zusammengefügt. Diese Gesamtauswertungen bilden die wesentlichen Grundlagen für den Fachbericht.

Die beiden Gesamtauswertungen befinden sich im Anhang.

4.4. Ärzte und „Schmerz“

Wie stellt sich die Wahrnehmung des „Schmerzerlebens“ von unheilbar erkrankten Menschen aus ärztlicher Sicht dar?

In Gesprächen mit Ärzten aus den unterschiedlichen Fachrichtungen (Onkologie, Allgemeinmedizin, Palliativmedizin) sind wir auf diese Fragen eingegangen.

Dazu war es primär notwendig, die Gründe für die Befragung und das „Warum“ zum Thema Schmerz eingehend zu erläutern.

Der ärztliche Grundauftrag, zu helfen, zu heilen und Informationen zu geben, ist allen Befragten gleich wichtig und hat oberste Priorität. Ziel aller Ärzte ist eine bestmögliche Linderung der Schmerzen.

In der Gesamtschau auf die Fragebogenauswertung und den Interviews erkennen wir differenzierte Aussagen zum Thema Schmerz, Schmerzerfahrung und

Kommunikationsqualitäten. Naturgemäß ergibt sich das aus den sehr unterschiedlichen Umfeldern und Einsatzbereichen der befragten Ärzte.

Hausärzte und Palliativmediziner zeichnen ein wesentlich anderes Bild ihres Umganges, ihrer Wahrnehmungen und ihres Einsatzes mit und bei schmerzgeplagten Patienten als Spitalsärzte und Fachärzte mit eigenen Praxen.

Schmerz wird gesehen als komplexes, sämtliche Bereiche des Menschen umfassendes und die Lebensqualität beeinträchtigendes Symptom. Die Ärzte sehen sich mit einer Vielzahl von Schmerztypen und deren Auslösern konfrontiert.

Schmerz verstärkend sind Patientenempfindungen wie z.B: verändertes Aussehen, Verlust der Arbeit und die Angst vor dem Sterben. Hausärzte und Palliativärzte sind mit dieser Problematik besonders gefordert.

Den Verlust der Eigenständigkeit und die Defizite im sozialen Gefüge, damit verbunden schwerwiegende Beziehungsprobleme bis hin zur Einsamkeit (Verlassenheit) nehmen die Ärzte durchgehend wahr.

Besonders sehen sich die Ärzte in das Spannungsfeld zwischen schmerzgeplagten Patienten und ihren Angehörigen hinein genommen. Die unterschiedlichen Wahrnehmungen und Sichtweisen der Patienten und der Angehörigen erfordern ein besonderes Kommunikationsgeschick der behandelnden Ärzte.

Beide Seiten, sowohl Patienten wie auch Angehörige anerkennen die fachliche Autorität des Arztes, erwarten sich aber zum Teil mehr empathische Zuwendung.

Ärzte sehen sich als wichtige Vertrauenspersonen der Patienten und sie wissen um die Erwartungen des Patienten bzgl. Zeit, Verständnis, Wahrheit und medizinische Hilfestellung an sie:

„Wichtig ist die Zuwendung und das Zeit haben für den Patienten“

*„Man muss sich Zeit nehmen für Erklärungen,
die Verdrängung funktioniert gut“*

Gleichzeitig ist ihnen bewusst, dass sie den Ansprüchen nicht immer gerecht werden können:

*„Arbeit und Zeitdruck verhindern das Einlassen
und zuviel Einlassen bedeutet zusätzliche Belastung“*

Die befragten Ärzte plädieren für das höchstmögliche Maß an Schmerzfreiheit ihrer Patienten, da absolute Schmerzfreiheit aufgrund der Komplexität des Schmerzes nicht immer erreicht werden kann.

*„Das Ziel soll es sein, versprechen kann ich es nicht.
Es ist in der Realität nicht immer möglich.“*

„Leid ist zu lindern“

Einige Ärzte stellen fest, dass es immer wieder eine Herausforderung darstellt, komplexe Situationen richtig einzuschätzen und sinnvolle Maßnahmen zu treffen. Je nach persönlicher Einschätzung und Diagnoseninhalt versuchen sie die Wunschvorstellungen mit der machbaren Realität in ein ehrliches Verhältnis zu bringen. Der Mythos „Morphium“ erschwert das Umsetzen einer guten Schmerztherapie, da immer wieder Patienten, Angehörige und auch Mediziner negative Assoziationen damit verbinden.

Zusammenfassend darf mit Freude festgestellt werden, dass diese Untersuchung mittels Fragebogen und Interviews als Momentaufnahme ein letztlich doch sehr positives, emphatisch durchwachenes Beziehungs Panorama zwischen Ärzten und Patienten zeichnet. Verbesserungen auf allen Ebenen in der Kommunikation und im Einfühlungsvermögen auf beiden Seiten sind wünschenswert und realisierbar.

Das zeigt sich auch in den Aussagen der Interviews, wo einige der Ärzte sich in den Schmerzen, Schmerzschilderungen und den oft fatalen Perspektiven der Patienten wieder finden.

Um es mit W. Leibbrand pointiert zu sagen: „Das Arzt-Sein ist ausschließlich durch das Patient-Sein gerechtfertigt“.

Zum Schluss noch ein Versuch, das Verständnis und Engagement der Ärzte - im Zusammenhang mit dem Schmerzen - in einen rein sachlichen Blickwinkel mit fundamentalen Forderungen für das größere Wohl der Patienten und für bessere Arbeitsbedingungen der Ärzte zu stellen:

- Abbau des Übermaßes an Arbeit, sowohl mengen- wie auch zeitmäßig
- Überprüfen ob die Arbeit betriebstechnisch notwendig, oder selbst auferlegt ist, bzw. ob es Probleme des persönlichen Erfolgsdenkens oder nicht optimalen Zeitmanagements ist
- Die befragten Ärzte plädieren für das höchstmögliche Maß an Schmerzfreiheit für ihre Patienten. Ohne permanent auf Kostenfaktoren, juristische oder organisatorische Gegebenheiten Rücksicht nehmen zu müssen.
- Teilweise besteht die Auffassung, dass die Reformen im Gesundheitswesen,

speziell im Zusammenhang mit dem Einsatz von Schmerzmedikamenten und anderen Hilfen, einem strukturell gesicherten Arbeitsfeld im palliativen Bereich und die rechtliche und wirtschaftliche Neuordnung des Pflegesystems, notwendig sind.

Die Persönlichkeit des Arztes und die Individualität des Patienten können im gelungenen gemeinsamen Umgang mit dem Schmerz Wachstum, Reife und Heilwerden erfahren.

Die Stellungnahme der befragten Ärzte gibt ihre persönliche Haltung wieder und hat somit keine Allgemeingültigkeit.

5. Evaluation

- Der Fachbericht wird den interviewten Ärzten vorgelegt und in einem Abschlussgespräch reflektiert
- Die Reflexion in der Patientengruppe kann nur mehr sehr eingeschränkt stattfinden, da die meisten Patienten in der Zwischenzeit verstorben sind
- Präsentation des Fachberichts zum Abschluss des Lehrganges „Experte Palliativ Care“ mit Stellungnahme der Lehrgangsstellung und Lehrgangsteilnehmer
- Veröffentlichung des Fachberichts in diversen Zeitschriften mit möglicher Stellungnahme der Leserschaft in Form von Leserbriefen

6. Fachbericht

6.1. Hintergrund zum Fachbericht

Die drei Säulen Gesamtauswertungen, Theorie und persönliche Erfahrung bilden die Grundlage für den Fachbericht.

Der Fachbericht setzt sich folgendermaßen zusammen:

- Vier Erzählungen
- Resümee
- Theoretischer Hintergrund
- Autoren

Die Form der Erzählungen ist für uns die beste Möglichkeit, dem so komplexen Thema Schmerz das Wort zu geben.

Wertfrei und ohne zu interpretieren wird versucht, das Gesagte in Verantwortung den Befragten gegenüber wiederzugeben, die Sprachlosigkeit und Betroffenheit zu spiegeln und dadurch Menschen anzusprechen, die sich darin finden können.

Das Resümee zu den vier Erzählungen ist der Versuch, Verbindendes daraus zu erkennen, aufmerksam zu machen und Optionen für die Zukunft zu skizzieren.

Der theoretische Hintergrund gibt fachliches Wissen und Ansichten wieder, bezieht sich auf reale Situationen und sollte dadurch zu besserem Verständnis beitragen.

6.2. Fachbericht

„Deine Schmerzen – unsere Chance“

Was bewirken Schmerzen in uns, unser eigener Schmerz und der des Anderen?

Macht uns der Schmerz verantwortlich, uns selbst und dem Anderen gegenüber?

Die folgenden Erzählungen geben Einblick in die ganz persönliche Situation von schwer erkrankten Menschen, ihren Schmerzen und Leiderfahrungen.

„Uns lehrt eigener Schmerz, der anderen Schmerzen zu teilen“⁴

J.W. von Goethe

⁴ E. Kern, „Zur Kulturgeschichte des Schmerzerlebnisses“, Festvortrag Berlin, Institut f. Geschichte der Medizin

Es ist ein hartes Brot

„*Es ist ein hartes Brot, mit dem Leben konfrontiert zu werden*“, das waren einprägsame Worte von Herrn M.

Herr M. wusste wovon er sprach. Durch seine berufliche Tätigkeit hatte er viel Leid und Schmerz in den Krisenregionen unserer Welt miterlebt. Im Bewusstsein, dass es Übergeordnetes gibt, das niemand beeinflussen könne, genoss er sein Leben – erfolgreich, kreativ, glücklich in einer Lebensgemeinschaft mit zwei Kindern - ein Mann, 57 Jahre, voller Vitalität, Geist und Energie. Jetzt konfrontierte ihn eine unheilbare zum Tod führende Krankheit mit dem, was er aus der Distanz so oft miterlebt hatte, Leid und Trauer und Schmerz.

Der Schmerz, der ein Zeichen der fortschreitenden Erkrankung war, den er bis zu einem gewissen Grad aushalten konnte, der ihm signalisierte, dass er noch lebte, dass es ihn noch gab.

Er hatte zu Beginn wenig Schmerzmedikamente genommen. „*Ich will den Wachzustand erleben!!*“ Angst vor Sucht oder Abhängigkeit hatte er nicht. „*Sehe mich mit den Dingen konfrontiert, an die ich mich gewöhnen muss*“, sagte er.

Es gab jedoch Momente, in denen er bereit war zu sterben, dann, wenn massive Schmerzattacken ihn vollkommen kraftlos und handlungsunfähig machten, ohnmächtig und aggressiv gegen sich selbst, nur dann. Das waren Situationen, wo er Angst hatte, dass es keine ausreichende medikamentöse Linderung mehr gibt. Da war für ihn kompetenter Zuspruch wichtig.

Schmerzhaft war nicht nur der Schmerz, der durch die Tumorerkrankung ausgelöst wurde, gleichermaßen schmerzhaft war für ihn die Konfrontation mit seinem bisherigen Leben, dass er jetzt nicht mehr annähernd so leben konnte und auch nicht mehr wollte. Zu Hause zu sein, zu erleben, dass alles um ihn herum weiter geht, weiter gehen muss, während seine Leistungsfähigkeit und seine Arbeitskraft immer weniger wurden und zu erleben, dass die Pläne, die er hatte, unvollendet bleiben werden, all das löste Schmerzen aus.

Nicht mehr „unschlagbar“ zu sein und seinen Kindern kein kraftvoller und unerschütterlicher Wegbegleiter mehr sein zu können, das löste Schmerzen aus.

Die Ästhetik des Körpers, seines Körpers, war ihm immer wichtig gewesen. Den durch die fortschreitende Erkrankung ausgemergelten Körper, konnte und wollte er weder sich selbst noch seiner Lebensgefährtin zumuten, geschweige denn seinen Kindern. Nackt sollte ihn keiner mehr sehen. Die Konfrontation mit seinem veränderten Körper empfand er schmerzhaft.

All diese unterschiedlichen Schmerzsituationen lösten in ihm das Gefühl aus behindert zu sein, dadurch fühlte er sich oft missverstanden. Alltägliche Dialoge wurden emotional beeinflusst, da ihm seine Stimme versagte und die Konzentration nachließ. Banale Aussagen wurden auf die Waagschale gelegt, er reagiert überempfindlich und irgendwie fühlte er sich verletzt. Das schmerzte ihn, das trug er mit sich.

Seine Familie, die ihm zur Seite stand, konnte seiner Meinung nach nur ganz schwer mit der Situation umgehen. Wenn nicht mal er selbst, wie konnte dann seine Familie mit dieser Situation zurecht kommen? Den Gedanken – „*er kann nicht Abschied nehmen*“ - sprach er dabei laut aus.

Ihre Hilfsbereitschaft und Anteilnahme ließ er manchmal zu, weil er glaubte, dass sie sich dann besser fühlen würden. Auch die Hilfe von Freunden nahm er an, die er mit einer

€ 1 Spende für die Rot-Kreuz-Büchse verglich (eine gute Tat getan zu haben).
„Hilf mir, wenn ich das will“, war seine Forderung. Und nur dann. Er wollte nicht gut Gemeintes übergestülpt bekommen. Weder den Glauben noch mitleidvolle Worte.

Im Krankenhaus war ihm – der sich nicht wirklich als Patient fühlte - die unabdingbare Akzeptanz seiner nicht reversiblen Patientenentscheidung absolut wichtig.

Respekt und Wertschätzung erwartete er, fand sie aber nicht in jedem Krankenhaus.

Erinnerungen: Die Diagnose, die ihm im Stiegenhaus so nebenbei mitgeteilt wurde, der Spießrutenlauf, als er sich gegen die Chemotherapie entschied: „Sie müssen. Sie sollen. Was wollen Sie jetzt, wenn Sie alles abgelehnt haben?“

„Als mündiger Patient wird einem drüber gefahren“, war seine Aussage. Das ist verletzend und schmerzhaft. Das fast ins Ohr schreiende „ wir müssen jetzt...“ einer Pflegeperson, als er auf einer Liege zur Untersuchung lag, empfand er als absolute Provokation. Er war weder schwerhörig noch minderbemittelt. Er konnte sich wehren, aber was taten andere, die das nicht konnten, fragte er.

Das Vertrauen und die Beständigkeit in der Betreuung, waren für ihn die wichtigsten Voraussetzungen in der Therapie. Da durfte er nicht enttäuscht werden. Seinen behandelnden Arzt bezeichnete er als letzten Wegbegleiter in der Erkrankung. In der Schmerzattacke wurde er überwiegend ernst genommen. Das gab ihm Sicherheit.

Das Recht auf Schmerzfreiheit betrachtete Herr M. von zweierlei Standpunkten:

Ein Recht darauf bestand, wenn das Gesellschaftssystem der Verursacher war, nach Tschernobyl etwa. Da hat man als Produkt der Gesellschaft ein Recht auf Wiedergutmachung. Kein Recht darauf bestand seiner Meinung nach, wenn man dies vom rein biologischen animalischen her betrachtete, das war ein vorgegebener Alterungsprozess, da gab es kein Recht, keine Gerechtigkeit.

„Mein Schmerz ist abhängig von der Umgebung! Körperlicher Schmerz und Trauer sind genug, ich will nicht noch von persönlichen Dingen geschmerzt werden“ sagte er. Damit bezeichnete er alles, was sein Leben ausmachte – sein zuhause, seine Musik, die Bücher, Unvollendetes. „ All das, was mit dem Leben zu tun hat, will ich nicht mehr“ entschied er für sich. Er „konnte“ nicht Abschied nehmen und auch nicht die Trauer seiner Familie aushalten. Sie hatten schon einmal geglaubt, dass er sterben würde. Ihren Schmerz wollte er nicht noch einmal erleben. Tränen füllten seine Augen. Anders als viele andere sterbende Menschen entschied er für sich, nicht zu Hause zu sterben, sondern im Krankenhaus. Seine Einstellung: *“ Ich habe das Recht, alles zu verlangen!“*, war für seine Umgebung, im Besonderen für seine Familie eine große Herausforderung.

„Ich gebe meinen Schmerz in eure Hände, möchte meinen Schmerz von der Palliativstation nicht mehr trennen, ich will die Schmerzattacken nicht mehr erleiden!!!“, waren seine Worte auf der Palliativstation. Hier durfte sein Schmerz sein, hier, wo alles versucht wurde, ihn, den Schmerz, so rasch als möglich zu lindern.

Ein Ort, den er mit den Worten „ein Maß an Wahrheit“ beschrieb. Ein Ort, der nicht mehr mit „seinem“ Leben in Verbindung stand. *“Ohne Palliativstation würde ich zu Hause seelisch zu Grunde gehen!“* Er formulierte es so: *“ Das Dasein hier ist erarbeitete Gnade!“*

„ Ich bin dem Leben nichts schuldig geblieben. Werde den Weg herrichten zum Gehen und werde mein eigener Richter sein am Lebensende. Wünsche mir Erlösung vom Diesseits ins Jenseits, etwas später, jetzt noch nicht:“

Jammern tu ich nicht

Ich bin 45 Jahre alt, geschieden und allein erziehende Mutter von fünf Kindern, drei sind schon aus dem Haus, die zwei kleinen, zwölf und dreizehn leben mit mir in einer Wohnung. Vor zehn Jahren wurde bei mir Darmkrebs festgestellt. Ich wurde operiert, bekam Chemotherapie. Wegen der starken Schmerzen habe ich seit längerem eine Schmerzpumpe.

Schmerzen ?

„Etwas Schmerz halte ich aus. Jammern tu ich nicht. Sind abhängig von der Stärke. Ich nehme Schmerzmedikamente, Homöopatisches.“

Schmerzen?

„Schmerzhaft ist der Verlust der Eigenständigkeit!!! Wenn mich ein Siebzehnjähriger überholt, dann löst das psychische und seelische Schmerzen aus. Da kann ich mich jetzt in alte Menschen besser hinein fühlen. Die Angst vorm Sterben, jaaa, ein Stück Angst. Je jünger man ist desto schwerer ist es. Der körperliche Verfall ist so schwer zu akzeptieren aber die seelischen Schmerzen sind noch schmerzhafter. Das Rundherum ist Kampf, der finanzielle Kampf auf den Ämtern, das ist demütigend, das schmerzt, das macht wütend!! Die Angst der Kinder, die aufgewühlt und beunruhigt sind, sie erkennen so langsam die Tragweite, das macht mir seelische Schmerzen.“

Schmerzen?

„Ich empfinde Hilflosigkeit, Angst bei stärkeren Schmerzen. Da möchte ich mich einfach verkriechen. Spur Trauer, es ist entwürdigend.“

Vertrauen?

„Es gibt nur wenige Menschen, denen ich meine Situation anvertraue, die Psychologin ist eine. Wenn`s einem schlecht geht, dann will man keinen sprechen! Phasenweise braucht man natürlich schon jemand zum sprechen. Meine Schwägerin, die Kinder will ich nicht belasten, sie leiden eh schon so stark. Meine Mutter weiß gar nicht, wie krank ich bin. Sie ist selber krank, hat meinen Vater gepflegt. Ich will sie nicht noch mehr belasten. Sie spürt wohl eh was ist.“

Hilfestellung?

„Meine Familie ist für mich da, die Kinder akzeptieren, wenn es mir nicht gut geht. Mein erwachsener Sohn weniger. Mein Hausarzt hilft mir und jederzeit auch die Palliativstation. Der Seelsorger gibt mir Lebensmut und Kraft.“

Das Umfeld?

„Die Nachbarschaft ist verunsichert. Die finanzielle Situation ist sooo belastend, das Unverständnis von Seiten der Behörden. Die Rechtfertigung, obwohl sie genau sehen, wie ich ausschaue.“

Abhängigkeit?

„Der Körper bestimmt, nicht der Kopf. Die Schmerzpumpe erleichtert, macht aber auch abhängig. Für meine große Tochter bedeutet die Schmerzpumpe Angst, für sie ist die Pumpe ein Zeichen, dass die Krankheit weiter geht.“

Schmerzfreiheit?

„Wenn das in der Medizin möglich ist..... Ich erwarte keine totale Schmerzfreiheit, erträglich soll es sein.“

Schmerzmittel?

„Habe keine Angst vor Schmerzmitteln. Die verliert man, wenn starke Schmerzen da sind. Nebenwirkungen sind nicht beunruhigend.“

Ärzte?

„Auf der Onkologie bin ich gut behandelt worden.“

Wünsche?

„Linderung, wenn es einem schlecht geht. Das ist wichtig. Gute Versorgung. Zuwendung. Ab einem gewissen Zeitpunkt die Erlösung aus der Situation. Eine anderer Diagnose wäre nicht schlecht.“

„Für mich sind Normalität und Alltag ganz wichtig, ein normaler Tagesablauf. Nur Krisen reißen heraus.“

„Hoffe auf ein paar Jahre Leben.“

Zeit zu Leben

Ruhig, mit einem erwartungsvollen Ausdruck sitzt sie im Bett.

Eine Frau hat sie um ein Gespräch gebeten, will ihre Erfahrungen rund um Schmerz hören, interessiert sich für ihre Geschichte.

Ihre Geschichte – würde die denn besonders sein? Würde sie etwas zu erzählen haben, das wichtig ist?

Dennoch freut sie sich. Der Besuch bringt Abwechslung in ihr Leben. Sie hat sich hübsch gemacht. Sie ist voller Erwartung, was auf sie zukommen wird. Der Zeitpunkt des Besuches ist festgelegt und sie noch hat noch genügend Zeit.

Ja, Zeit hat sie jetzt viel – so viel, wie noch nie im Leben.

Ihre Gedanken gehen zurück in ihre Kindheit. Die Mutter war früh verstorben, der Vater brauchte sie am Hof und sie hatte für die jüngere Schwester zu sorgen. Eine Tante half ihr bei der Hausarbeit und war ein wenig Ausgleich für den wortkargen Vater.

Hart, denkt sie bei sich, hart ist es gewesen.

Wie sehr hatte sie sich oft gewünscht, in den Arm genommen zu werden. Tränen sind in ihren Augen und der Blick geht nach draußen in den Garten.

Die Obstbäume freuen sie ganz besonders – und ihre Blumen und der kleine Gemüsegarten, der von einer ihrer Töchter gepflegt wird. Gerne würde sie ihr helfen. Es tut schon weh, so gar nichts mehr tun zu können.

Aber ich habe es gut, ich bin zu Hause, sagt sie zu sich selbst.

Ihre Töchter bringen sie im Rollstuhl nach draußen, wenn das Wetter schön ist. Manchmal kommen Nachbarn vorbei und es wird getratscht. Es ist ein sehr kleiner Ort.

Leise drängt sich ihr Mann in ihre Gedanken – er wird wohl arbeiten. Meist ist er draußen am Hof. Seit sie nicht mehr alleine auf kann, bewohnt sie ein Zimmer im unteren Teil des Hauses zusammen mit der Tochter. Der Mann ist oben, dort, wo sie vorher gemeinsam waren.

Wehmut über das gemeinsame Leben kommt auf. Schwierig war es. Die ständigen Konflikte mit ihm und das nicht miteinander reden können. Das ist großer Schmerz gewesen in ihrem Leben.

Ihre drei Töchter haben sie entschädigt für vieles, aber das hat sie alleine aushalten müssen all die Jahre.

Und jetzt? Jetzt war sie hilfsbedürftig, unfähig, alleine vom Bett auf den Leibstuhl zu gelangen. Es war schwer, dies anzunehmen, aber die Geduld und Liebe der Kinder lassen in ihr nicht das Gefühl von Ausgeliefert sein aufkommen.

Ich habe gute Töchter, denkt sie liebevoll.

Angestrengt versucht sie, den Zeitpunkt aus dem Gedächtnis zu holen, wann es ihr nicht mehr gut ging. Schleichend war es passiert, sie wollte es nicht wahrhaben. Nein, manches passierte auch plötzlich und unvorhergesehen. Das mit dem Herz und den Gefäßen zum Beispiel. Und dann die Gelenke und die Schmerzen. Es wurde immer schlimmer.

Irgendwann konnte sie es nicht mehr verbergen, war im Krankenhaus, aber operieren ließ sie sich nicht mehr. Die Ärzte hatten ihr abgeraten wegen ihres schlechten Allgemeinzustandes. Multimorbid, das hatte sie mal in einem Arztbrief gelesen und nachgefragt. Seither wusste sie es.

Sie hatte es im Krankenhaus schon gesagt, dass sie starke Schmerzen hatte, aber die Medikamente haben nicht geholfen. Dann wollte sie nicht immer was sagen. Bis sie gestürzt ist. Da wurde alles schlimmer. Da hat ihr dann der Hausarzt neue Schmerzmedikamente gegeben.

Aber auch die haben nicht geholfen. So ging es eine Zeitlang.

Am meisten weh hat es getan, dass der Arzt mir nicht geglaubt hat, sinniert sie. Dieser ungläubige Blick. Dieses nicht mit ihr reden. Sie hat es gespürt, dass er sie nicht ernst nahm. Aber nur weil sie alt war, hieß das doch nicht, dass sie dumm war oder sich alles nur einbildete. Hatte sie zuviel erwartet?

Sie hatte den Wunsch, dass er ihr Verständnis entgegenbringt, ihr die Wahrheit sagt und ihr hilft. Nicht absolute Schmerzfreiheit, nein, nur soweit als möglich halt.

Erst auf Wunsch der Tochter verschrieb er ihr etwas Stärkeres.

Ein Schaudern geht über ihren Körper und der Mund verzieht sich bei den Gedanken an die Übelkeit und das Erbrechen, die sie nichts mehr Gutes spüren ließ zu jener Zeit.

Hatte er der Tochter nicht gesagt, sie solle mit dem Medikament wieder aufhören, wenn sie es nicht vertrage? Dass einem schlecht werden kann?

Die Erinnerung treibt Tränen in ihre Augen. Später hat sie erfahren, dass das am Anfang schon möglich ist, sie aber etwas dagegen hätte bekommen können.

Später, denkt sie, später.

Was ist der Mensch noch in meinem Alter? Sollte man nicht sterben?

Langsam streicht sie mit der Hand über die Bettdecke. Ja, damals hatte sie gedacht, Sterben wäre ihr recht. Lieber sterben, als solche Schmerzen haben.

Dann hat sie einmal die Tochter telefoniert hören. Sie hat geredet von den Schmerzen und dass sie alles gut aushalten und schaffen würden mit der Mutter, wenn diese nicht so leiden würde. Da war er wieder da, dieser Gedanke, wenn meine Kinder so mitleiden, ist es besser, wenn ich kann einschlafen kann.

Die Tochter hat ihr dann von diesem Gespräch erzählt. Hat gesagt, dass einiges organisiert wird, damit sie auf eine besondere Station im Krankenhaus käme, wo man die Schmerzen besser einstellen kann. Vorstellen hatte sie sich das nicht können.

Die kleine Katze der Enkelkinder springt auf ihr Bett. Ihre Hand streicht sanft über das Fell. 7 Tage war sie dort auf dieser Station und bald ging es ihr besser.

Sie hat viel erfahren und die haben sich Zeit genommen und so mit ihr geredet, dass sie es verstehen konnte. Neue Medikamente hatte sie auch bekommen. Jetzt war das mit den Schmerzen vorbei und sie denkt jetzt auch nicht mehr ans Sterben wollen.

Die Tochter ist ein paar Tage fort gefahren während sie weg war. Das hätte ich früher auch manchmal tun sollen, denkt sie.

Eine Schulfreundin aus der Jugendzeit war zu Besuch gestern. Da haben sie auch darüber geredet. Über Urlaub in Italien, ihre Sorgen und Freuden. Über ihre Krankheiten und ihr Alter.

Auch die Freundin ist krank und alt. Sie hat Sorge, was noch auf sie zukommt.

Und da hat sie ihrer Freundin gesagt, man muss selber sagen, was man will und hoffen, dass sich andere daran halten.

Vertrauensvoll blickt sie ihre Tochter an, die gerade ins Zimmer kommt. Ja, denkt sie, die Kinder werden sich daran halten und sie werden es anderen sagen. Dass es akzeptiert wird, was man will.

Ich habe 83 Jahre gelebt, denkt sie, das genügt - ich bin zufrieden.

„Besuch für dich“, sagt ihre Tochter. Lächelnd richtet sie sich auf. Ich werde dieser Frau meine Geschichte erzählen. Und ich werde ihr sagen, dass ich dankbar bin und mich freue, dass sie sich Zeit nimmt zum Zuhören.

Notwendende Begegnung

„Bitte, Herr Doktor, rundherum hab` ich Schmerzen, und geben Sie mir bitte etwas, damit ich auch besser schlafen kann“. Diese Bitte des 90 jährigen Herrn S. an seinen zur Visite weilenden Hausarzt gerichtet, war eine schwer abgerungene Forderung, ein bitteres Eingeständnis, dass er Hilfe braucht.

Der Hausarzt, ein Mann Mitte Fünfzig, seit fast 3 Jahrzehnte Weggenosse des Alten, zog sich einen alten Sessel herbei und nahm gegenüber Platz. „ Seit wann haben Sie denn die Schmerzen und können nicht gut schlafen?“ Behutsam in Sprachtempo und Lautstärke, mit ruhiger Gestik und auf gleicher Augenhöhe rückte der Arzt dem alten Mann näher. Dessen Augen, hellblau und glasklar, fassten den ganzen Arzt in den Blick und Schweigen breitete sich aus.

„ Herr Doktor, haben Sie heute wirklich so viel Zeit, dass Sie sich hersetzen und das wissen wollen?“

Ich, als Dritter im Raum und im Hintergrund mit Dokumenten beschäftigt, spürte, dass sich Herr S. mit dieser vorsichtigen Frage vergewissern wollte, dass das Unerwartete, das scheinbar Unmögliche, im Geheimen oft Erhoffte jetzt, gerade jetzt, Wirklichkeit wurde! Der ganze Raum war von einer Atmosphäre der Ruhe und des Wohlwollens erfüllt. Die Dichte der Gerüche, eine Komposition von Alter Mensch, Speisereste, Wein- und Zigarettenrauch, verbrauchtes Inventar, schuf eine Glocke der Vertrautheit und dem Empfinden, dass die Zeit still steht.

In späteren Gesprächen mit Herrn S. und dem Arzt wurde mein Eindruck bestätigt, dass es eine besondere Stunde war, eine begnadete Zeitspanne für Erkenntnisse von Menschlichkeit, Sorge, Nähe und gelebten hilfreichen Vertrauens auf beiden Seiten.

Hier der alte Mann und Patient, Witwer seit 6 Jahren, abgerackert durch jahrzehntelange schwere bäuerliche Arbeit. Vom Krieg gezeichnet durch einen Lungendurchschuss, Oberschenkelsteckschuss und Verwundungen im Bauch und Darmbereich.

Kinderlos, und sich nach dem Tod seiner Frau nach und nach zurückziehend, langsam vereinsamend, aber mitten im Dorf lebend.

Einkäufe, Amtswege und Erledigungen seit einem Jahr gemeinsam mit dem örtlichen Seelsorger, der ihn auch täglich besucht und mehrmals anruft.

Herr S. war und ist sehr bescheiden in seinen alltäglichen Lebensansprüchen. Er kocht sich selber und gönnt sich als einzigen Luxus seit 65 Jahren täglich 30 –40 Zigaretten und ein paar Achterl guten Veltliner.

Sein irdisches Vehikel – so nennt er seinen Körper – bringt gerade 48 kg auf die Waage. Aber der Geist ist hellwach und sein tief wurzelnder *altvaterische* Glaube an einen gerechten Herrgott und an die Autoritäten der irdischen Ungerechtigkeiten formen und stützen ihn. Sie prägen seine starke Persönlichkeit und er ist sich der begrenzten Zahl seiner Lebensstunden bewusst.

„ Wissen Sie, Herr Doktor“, so hub Herr S. an, „ ein wenig Schmerz halt ich schon aus. Ich habe im Krieg so viel mitgemacht und erlebt, gesehen. Eigentlich sind es eh nur Kleinigkeiten, die mich plagen. Auch soll man nicht wegen jeder Kleinigkeit lästig sein, Sie, Herr Doktor, haben gewiss wichtigere Patienten als mich. Aber seit ein paar Tagen habe ich rundum Schmerzen, eine eigenartige Angst plagt mich, wenn es ganz still ist, und mit dem Schlaf ist`s auch nicht weit her. Aber.....“. Herr S. verstummte!

Aus den Blicken des Arztes und seinem zustimmenden Schweigen erkannte der alte Mann, dass er die Gunst der Stunde nutzen musste.

So breitete Herr S. in gesterreicher Sprache seine ganzen Sorgen, Befürchtungen, Ängste, vergangene und aktuelle Schmerzerfahrungen an Leib und Seele vor uns aus.

Es war auch ein Bekenntnis der Furcht vor dem Sterben, nicht vor dem Tod!

Es war eine Bestandsaufnahme vor allem der letzten 6 Jahre, die seit dem Tod seiner Gattin vergangen waren. Diese hatte er selbst aufopfernd in ihrer Demenz und körperlichen Hilflosigkeit gepflegt, und sie ist zu Hause, in ihrem Bett, in seinen Armen gestorben.

Wir beide, der Arzt und ich saßen innerlich zutiefst berührt da, und hörten zu. So vieles an Leid, Kränkungen, leiblichen und seelischen Schmerzen wurde vor uns ausgebreitet. Es ist unfassbar, was ein Menschenleben in neun Lebensjahrzehnten alles an Licht und Dunkel, an Freud und Leid, an Verlusterfahrungen und Glücksmomenten erfahren und ertragen muss.

Erschöpft von der langen Rede saß Herr S. in seinem verschlissenen Lehnstuhl mit den vielen Brandlöchern von vergessenen Zigaretten. In das Schweigen hinein zündete er sich eine neue Zigarette an und meinte, zu mir gewandt: „Geh, hol eine frische Flasche vom *Brünnerstrassler* und schenk uns in schöne Gläser ein, wir haben es uns verdient!“

Zum Arzt gewandt, mit einem Schmunzeln um die Mundwinkel: „Ich weiß, was Sie jetzt denken, Herr Doktor. Wenn er nicht so viel Rauchen tät und auch beim Trinken ein wenig Zurückhaltung walten ließe, dann hätte der S. so manches Problem nicht.....oder?“

Die Antwort des Hausarztes ließ auf sich warten. Dann gab er sich einen innerlichen und äußerlichen Ruck und formulierte betont ruhig und vorsichtig, ja eigentlich liebevoll und behutsam:

„Schauen Sie Herr S., sie sind 90 Jahre in ein paar Wochen. Sie leben allein, kochen sich selbst, kommen mit dem Haushalt alleine gut zurecht, kennen das Spital eigentlich nur von außen. Sie fallen niemanden zur Last, sind beim Kartenspiel gefürchtet und haben trotz ihrer Zurückgezogenheit immer noch ihre Reputation im Dorf. Sie spüren den einen oder anderen Schmerz, verbunden mit Unwohlsein und Schlaflosigkeit. Sie wissen um Dinge in ihnen und kennen die Aussichten. Ich helfe ihnen gerne, wo sie sich mir anvertrauen und helfen lassen wollen. Und deswegen meine ich auch, sollten Sie sich diese kleinen, lange vertrauten Genüsse einer Zigarette und eines guten Weines weiterhin gönnen.“

Nach einer kurzen Pause fuhr der Arzt fort: „Herr S., was die Schmerzen und ihre Befürchtungen betrifft, wissen Sie und ich gut genug, dass Sie letztendlich nicht an Lungenkrebs oder an einem Magendurchbruch sterben werden. Wichtig wäre mir nur...“, und der Arzt hob die Stimme, fasste Herrn S. an beiden Händen, „dass Sie mir wirklich ehrlich sagen, wo und wie die Schmerzen sind, was Ihnen wirklich weh tut und schwere Sorgen bereitet. Und dass Sie mir jetzt auf die Hand versprechen, die Ratschläge die ich Ihnen gebe, zu befolgen, und die Medikamente die ich Ihnen verschreibe, auch anzuwenden.“

Der alte Mann blickte in der folgenden Stille den Arzt treuherzig an und verkündete felsenfest, dass er das ohnehin immer so gemacht hätte, und er auch in Zukunft natürlich genau das befolgen werde, was ihm der Herr Doktor anschaffen werde.

Während dieser Rede wanderte der Blick in Richtung Schlafzimmer und Nachtkästchen, dorthin, wo sich eine umfangreiche und historische Sammlung von Medikamenten befand. Manche Packungen unangebrochen, von den meisten nur ein oder zwei Einheiten fehlend, Tuben jungfräulich ungedrückt, empfohlene Aufbrauchfristen bei vielen Medikamenten um Jahre überschritten.

Dem Hausarzt war die Angelegenheit sofort klar und er meinte nur: „Ich werde Sie jetzt gründlich untersuchen, abhören und Sie sagen mir ehrlich, wo es schmerzt, wo es drückt und wie sich der Schmerz beschreiben lässt. Ich habe sicherlich etwas Passendes mit, das gebe ich

Ihnen zur sofortigen Verwendung. Und was sich da drinnen auf ihrem Nachtkästchen stapelt, das nehme ich mit und entsorge es ordentlich.“

Herr S. war sichtlich erleichtert, bei so gutem Wind davon gekommen zu sein und hakte sofort mit der Feststellung nach: „Gell, Herr Doktor, egal was sie bei der Untersuchung bei mir finden, in das Spital schicken sie mich nicht? Weil sterben, wenn es sein muss, will ich zu Hause. Hier, wo ich lebe, im eigenen Ehebett, wo auch meine Frau gestorben ist. Wo der Herr Pfarrer bei mir sitzen kann.....wenn es sich noch ausgeht mit seinem Kommen.“

Ruhig und bestimmt untersuchte der Arzt den ausgemergelten Körper, stellte die Fragen und notierte sich ein paar Kleinigkeiten. Abschließend half er dem Patienten wieder beim Anziehen.

Mit der Antwort auf die letzte Bitte und Frage von Herrn S. ließ sich der Arzt Zeit.

Der langjährige Einsatz als Gemeindefeuerarzt in ein und derselben Gemeinde hatte ihm schon so viel an Schmerzerfahrungen, Krankheiten, Leid, Tod und kleinen und großen Wünschen seiner Patienten beschert.

Gewachsene Erfahrung, viel Güte und auch menschenfreundliche Einsicht ließen ihm folgende Antwort finden: „Wenn sie ordentlich trinken, Herr S., ich meine Wasser, Tee oder verdünnte Säfte, und beim Essen ein bisschen mehr auf ihren Magen - sie spüren es ja sowieso – Rücksicht nehmen, dann besteht kein dringender Grund, Sie ins Spital zu schicken. Obwohl es doch von Vorteil wäre, eine ordentliche Untersuchung vornehmen zu lassen, und für einen Kräfteaufbau gezielt etwas zu tun.“

Aber die Sache war zwischen beiden schon gelaufen!

Eine Salbe gegen Hautreizungen, eine sanfte Abführhilfe und ein schleimlösendes Mittel wechselten den Besitzer. Ich hatte auch den Eindruck, dass der größte Teil der seelischen Schmerzen sich während dieser Begegnung verabschiedet hatten.

Auch war uns allen Dreien stillschweigend klar, dass die verschriebenen Medikamente in absehbarer Zeit den gleichen irdischen Weg gehen würden, wie jene Packungen, die in zwei großen Plastiktragtaschen zur Mitnahme durch den Arzt bereit standen.

Verwunderlicherweise hatte während der ganzen, fast einstündigen Visite, kein einziges Mal das Telefon des Arztes geläutet. Beim verabschiedenden Händeschütteln aber war es so weit und der Anruf dirigierte den Herrn Doktor zurück in die Ordination.



„Lachen, Weinen, Lust und Schmerz sind Geschwisterkinder“
Johann Wolfgang von Goethe

Resumee

Liebe Leserin, lieber Leser!

Vier Erzählungen, die das Leben schreibt! Unter dem Titel „Dein Schmerz – unsere Chance“ versuchen drei Autoren, die in den unterschiedlichen Sozialbereichen beruflich tätig sind, in Worte zu fassen, was ihnen alltäglich begegnet.

In diesen Erzählungen entfaltet sich ein großes Spektrum menschlichen Leids.

Körper, Geist und Seele sind bei allen zutiefst existenziell betroffen.

Das Schicksal dieser Personen wirft die Frage auf, ob Linderung, Zuwendung, Trost und liebevolles Angenommensein tatsächlich möglich sind.

Die vier Personen wissen um die sehr begrenzte Zeit ihres Lebens. Diese Zeitspanne ist erfüllt von Krankheiten, die nicht heilbar sind, von Schmerzerfahrungen als ständige Begleiter, von innerfamiliären Strukturen, die im Schlechten wie im Guten festgeschrieben sind.

Trotz Hilfsbedürftigkeit und Aussichtslosigkeit auf Heilung lebt bis zuletzt der Wunsch, angenommen, ernst genommen und liebevoll, empathisch und kompetent begleitet zu werden.

Die Schicksale der vier Menschen in den vorliegenden Erzählungen sind exemplarisch für eine große Anzahl gleich Betroffener. Aber auch deren Wegbegleiter, die sich vor allem als Verwandte, als Ärzte, Pfleger, Therapeuten und Seelsorger zeigen, stehen für viele, die sich stets um unsere schmerzgeplagten Mitmenschen sorgen, sie behandeln, betreuen und pflegen. Wie die vier Erzählungen aber auch zeigen, ist es an der Zeit, noch mehr die Voraussetzung für die Behandlung und Betreuung von Kranken, Leidenden und Sterbenden bei einer Minimierung der bürokratischen Abläufe zu schaffen.

Besonders der Ausbau für die Begleitung und Betreuung zuhause ist zu forcieren.

Herauszulesen ist die Forderung an die ganze Gesellschaft, einen liebevollen Mantel (lat. Pallium) der umfassenden Sorge (Care) für jene zu weben und diese darin einzuhüllen, deren Existenz durch psychische und psychische Krankheiten und Schmerzen extrem gefährdet ist. Das Engagement vieler professioneller und ehrenamtlicher Helfer gibt jedem leidvollen Einzelschicksal Hoffnung und Gesicht, und steht für Menschenwürde und Wert des Menschen bis zuletzt.

Hintergrundinformationen

Die Erzählungen spiegeln
die ganz persönliche Situation unheilbar erkrankter Menschen wieder.
Viele Leser werden sich vielleicht selber erkennen
oder an jemand erinnert, der ähnliches erlebt hat.
Zum besseren Verständnis werden folgende Begriffe noch näher
beleuchtet:

Gesellschaftliche Situation
Schmerzkommunikation
Palliative Care und Schmerz:

Gesellschaftliche Situation

Wir Menschen leben in einem sozialen Umfeld. Bei allen Unterschiedlichkeiten, die gegeben sind – besonders Zeit- und Gesellschaftsabhängige – haben die Biografien eines jeden Einzelnen bemerkenswerte Gleichklänge.

Wir wissen, dass Leben passiert. Mit den Begriffen wie Gefühl, Gedanken, Befürchtungen, Hoffnungen und Erwartungen gehen auch die handgreiflichen Erfahrungen von Krankheit, Leiden und Tod Hand in Hand.

Alles, was wir als Stärken, Schwächen und einfach zum Leben gehörend betrachten, kann und ist auch mit dem Begriff Schmerz, mit Schmerzerfahrungen durchsetzt.

Zu allen Zeiten haben sich einzelne Menschen, Menschengruppen mit dem vielschichtigen Phänomen Schmerz auseinander bzw. sich zusammengesetzt, um Erfahrungen auszutauschen, um Ideen zu suchen, diese zu verwirklichen, damit sie helfen, Schmerz zu vermeiden oder wenigstens zu lindern. Besonders dort, wo religiöse, kultische Schwerpunkte im Mittelpunkt standen (und stehen), geschieht immerwährend der Versuch, Leiden, Krankheiten, Tod und alle damit verbundenen Schmerzerfahrungen zu transformieren.

Dem Schmerz sozusagen ein neues Gesicht, einen Inhalt zu geben, der es dann ermöglicht, unter Umständen auch Positives daran zu finden.

Der Versuch einer kurz gefassten Gesamtschau auf das Faktum Schmerz erfordert auch den Blick auf das, was wir Ethik und Moral nennen. Moralische Vorstellungen und Verpflichtungen erwachsen aus dem kulturellen und gesellschaftlichen Umfeld.

Sie betreffen den Einzelnen, eine Gruppe, eine zeitliche Periode.

Die Ethik hat die Aufgabe, das Wesen von Gut und Böse - den Schmerz - allgemein philosophisch zu ergründen.

Die uns geläufige Ethik und Moral lassen sich als weitgehend allgemein gültige Einsichts- und Bewertungsparameter weit zurückverfolgen:

Sokrates, Platon, Aristoteles und auch der Arzt Hippokrates stehen am Anfang.

Mit Immanuel Kant, John Stuart Mill bis zu Ludwig Wittgenstein oder dem zeitgenössischen Moralphilosophen Lögstrup stehen viele Denker, Ärzte und Philosophen in der Reihe jener, die von Schmerzen geplagt oder mit dem Schmerz ihrer Mitmenschen konfrontiert, Lösungen und Erklärungen suchen.

Wir, mit unserer kleinen Projektarbeit zum Thema Schmerz, versuchen, einen kleinen Teil dazu beizutragen. Unser Sinnen und Trachten ist gekennzeichnet vom Bemühen, der ethischen Pflicht nachzukommen, dem Schmerz in all seinen Erscheinungsformen Parole zu bieten und im Realisieren einer „Konsequenz – Ethik“ (nach John Stuart Mills) Handlungen zu setzen, die nachhaltig Schmerzen lindern helfen und Strategien mit zu entwickeln, die dazu beitragen, Schmerzen besser zu verstehen, Schmerzen zu vermeiden.

Einsichtigkeit auf beiden Seiten, Empathie ohne Ängste, mehr Wissen und offenere Zugänge zu allen Maßnahmen für alle an diesen Prozessen beteiligten sind not - wendend.

Schmerzkommunikation **„Die Sprache der Schmerzen“**

Trotz dem großen Angebot an Kommunikationsmöglichkeiten wächst eine neue Sprachlosigkeit, wenn es um existenzielle Fragen geht. Um die Fragen, wie wir mit Krankheit, Leiden und Sterben umgehen können und sollen.

Für gute wie für schlechte Zeiten gilt:

Die Lebensqualität eines Menschen hängt weitgehend davon ab, wie gut er mit sich und seiner Umwelt in Kontakt sein kann, wie gut er kommunizieren kann.

Kommunikation ist Austausch, Dialog, Selbstgespräch, Körperhaltung, Mimik, Gestik.

Gerade die „Sprache ohne Worte“ bringt unsere Gefühle stark zum Ausdruck.

Gefühle können ins Gesicht geschrieben sein, durch Blicke können Bitten ausgedrückt,

Verbote ausgesprochen, Kontakt abgebrochen oder innige Nähe hergestellt werden.

Kommunikation ist vieles: Reden, Schweigen, Schreiben, Zeichnen, Flüstern, Klagen,

Streiten, Beschuldigen, Sich wehren, Berühren, Halten.

Jeder Mensch spricht über seine Schmerzen anders. Außer seinen Hinweisen auf Ort,

Ursache, Dauer, Verlauf, Art und Beeinflussbarkeit der Schmerzen erfahren wir vom

Schmerzenden viel über seine Schmerzverarbeitung, seine Besonderheit als Person, seine

Leidensgestalt und damit sein Bedürfnis nach Hilfe.

Das Sprechen einer gemeinsamen Sprache und das Bemühen, die Schmerzen anderer zu

verstehen, genügen aber noch nicht. Die Sprache der Schmerzen in einem umfassenden Sinn

wahrzunehmen, nachzuempfinden, zu verstehen und sich entsprechend zu verhalten und zu

antworten sind in einer gemeinsamen Ebene der Menschheit, in den Sympathiegefühlen zu

suchen. Es braucht Mitgefühl, Empathie, Resonanz, Mitschwingen, Übertragung und

Übereinstimmung, um sich in die Gefühlslage eines Anderen einfühlen zu können.⁵

„Um aber zu hören, muss man schweigen“⁶

Für Gespräche ist nicht die zeitliche Dauer ausschlaggebend, sondern die Intensität der Kommunikation, die Intensität der Aufmerksamkeit und die psychische Präsenz.

Gewünscht ist ein „Engagement des Herzens“ als Grundlage jeder Form kommunikativer Zuwendung.

Gefühle – positiver wie negativer Art – mitteilen zu können, schafft Bindung.

Für das Gelingen eines guten Gesprächs können von allen Seiten Voraussetzungen geschaffen

werden: ein geschützter Raum, Atmosphäre, festgelegte Gesprächszeit, Wertschätzung des

Gesprächspartners, Respekt und Akzeptanz, Gefühle ansprechen, Empathie und dem

Gesprächspartner „seine Wahrheit lassen“, tragen wesentlich dazu bei.

Glaubwürdigkeit und Wahrheit steht bei vielen „Schmerzgesprächen“ im Mittelpunkt.

Patienten wünschen sich einen Zuhörer, der ihnen glaubt:

*Es sind seine Schmerzen, über die er berichtet
Es ist seine Wahrheit, die er einem anderen anvertraut.*

⁵ Vgl. „Schmerz als Kommunikationsphänomen“, F. Hartmann, Hannover, Schmerzkongress Bielefeld, 1997

⁶ „Der Arzt und der Kranke“, Victor von Weizäcker, Suhrkamp Verlag, 1987

Nur bedingungslose Akzeptanz schafft das Gefühl von angenommen sein und ernst genommen werden.⁷

Die kommunikative Ausgangssituation für den Patienten wird durch drei elementare Grundemotionen bestimmt:

- durch die Angst
- durch das Erleben des Kontrollverlustes
- durch die Verletzung der Intimität.

Angst und Panik zerstören die Integrität und Identität eines Menschen. Der Zustand des fraglosen Funktionierens ist aufgehoben. Die zuvor erlebte Ganzheit zerfällt. „Angst“ ist immer auch Angst vor Kontrollverlust. Der Patient befindet sich in einer besonderen Situation der Schutzlosigkeit. Er ist in der Defensive; dem, was auf ihn zukommt, ganz ausgeliefert, ohne irgendwie steuernd in den weiteren Verlauf eingreifen zu können. Er fühlt sich aus seiner Mitte geworfen – ihm gegenüber eine Unüberschaubarkeit des Geschehens, des inneren wie des äußeren Geschehens. Zur Angst und zum Gefühl des Kontrollverlustes kommt vielfach das Erleben des Verlustes von Intimität. Die Preisgabe der Intimität zwingt den Patienten in eine Art Demuthaltung. Medizinisch wie pflegerisches Handeln dringt oft in den Intimbereich des Menschen und erfordert daher ganz besonders großen Respekt und Einfühlungsvermögen. Wo Kommunikation nicht ist, ist Angst – und ein durch eigene Hilflosigkeit verstärktes Gefühl von Ohnmacht. Die „Sprach – Not“ des Kranken, in der sich die „Not des Leidenden“ ausdrückt, wird aus unserer Wahrnehmung oft ausgeklammert.

Die ethische Verantwortung ergibt sich aus der Schutzlosigkeit des Anderen

Der Patient erlebt sich selbst als hilfsbedürftig, ohnmächtig und ausgeliefert dem „System Medizin“ gegenüber. Genau das Gegenteil aber sollte passieren: Er sollte in die Lage versetzt werden, sich geistig, emotional und seelisch mit seinem Kranksein auseinanderzusetzen.

Der kranke Mensch wünscht sich Zeit, Verständnis, Einfühlungsvermögen, Information, Respekt und Wertschätzung. Nur ein ganz am Patienten orientiertes „Für ihn da sein“ signalisieren Achtung und Aufmerksamkeit und machen Erkenntnis und Selbstoffenbarung möglich.

Der Unterschied zwischen Gesunden und Kranken, Patienten und Heilern, ist fragwürdig, denn wir alle haben beides in uns:

*„Wenn wir es zulassen, dass jemand Teil unseres Herzens wird,
dann heilen wir, indem wir dem anderen helfen, heil und gesund zu werden,
auch unser eigenes Herz“.⁸*

⁷ Vgl. „Schmerz“, wie können wir damit umgehen, Specht-Tomann, Sandner-Kiesling

⁸ Vgl. „sprachloses Leid“, Gottschlich Maximilian, Springer Verlag

Palliative Care und Schmerz

Was bedeutet Palliative Care, welche Hilfestellung bietet es an und wann wird es in Anspruch genommen?

„Palliative Care“ ist ein neues Schlagwort, das oft im Zusammenhang mit dem Begriff „Hospiz“ genannt wird. Das Wort wird von dem lateinischen „pallium“- Mantel abgeleitet und steht für ein Behandlungskonzept, das sinnbildlich schwerkranke Menschen umsorgt, geborgen hält und sie schützend wie einen Mantel umgibt.

Palliative Care / Palliativmedizin ist eine relative junge Richtung in der Medizin, die das Ziel hat, unheilbar erkrankte Menschen in ihrer letzten Lebensphase ganzheitlich zu begleiten und die vielfältig auftretenden Beschwerden bestmöglich zu lindern. Die Qualität des Lebens soll so gut als möglich erhalten werden. Palliativ Care ist aktive Lebenshilfe.

Das Einverständnis des Patienten ist Voraussetzung für diese Unterstützung. Im Mittelpunkt stehen folgenden Ziele:

- Beseitigung oder bestmögliche Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Beschwerden wie Übelkeit, Erbrechen, etc. und Hilfestellung bei pflegerischen Problemen
- Eingehen auf die vielfältigen seelischen, sozialen und spirituellen Bedürfnisse des schwerkranken Menschen
- Die Begleitung und Unterstützung der Familienangehörigen und Freunde
- Ein offener und ehrlicher sowie respekt- und würdevoller Umgang miteinander, ein respektvoller Umgang mit dem Leben und dem Tod
- Der Tod wird als ein natürlicher Teil des Lebens betrachtet. Er wird nicht beschleunigt und nicht hinausgezögert. Die aktive Sterbehilfe wird strikt abgelehnt.
- Jeder Mensch erfährt die gleiche respektvolle Zuwendung, unabhängig von seinem Glauben, seiner Weltanschauung und seiner Herkunft⁹

Palliative Care kann in Anspruch genommen werden, wenn Schmerzen oder andere belastend Beschwerden nicht ausreichend gelindert werden können, wenn andere medizinische und pflegerische Probleme (z. B. Nahrung, Flüssigkeit, Bettlägrigkeit) im Vordergrund stehen und wenn seelische und soziale Sorgen des Patienten als auch seiner Angehörigen belastend und nicht lösbar sind. Jeder Mensch hat seine ganz ureigensten Ängste und Sorgen, Wünsche und Bedürfnisse. In Palliative Care richtet sich die Unterstützung nach der individuellen Situation des schwerkranken Menschen und seiner Angehörigen.

Die palliative Unterstützung ist nicht auf die letzte Lebensphase beschränkt, da auch in früheren Krankheitsstadien viele der palliativen Grundsätze unterstützend zu anderen Therapien verwendet werden können.¹⁰

Der Schmerz, dessen Linderung eines der wesentlichen Ziele in der Palliativmedizin ist, ist für viele Menschen, die an einer unheilbaren Erkrankung leiden, ein ständiger Begleiter. In den Geschichten, die uns einen Einblick in die ganz persönliche Situation unheilbar erkrankter Menschen geben, werden wir auf ganz unterschiedliche Weise mit Schmerz konfrontiert. Wir erfahren, dass im Verlauf der Krebserkrankung körperliche Schmerzen stärker werden, das seelische Schmerzen (den anderen zur Last fallen, Sorge um Kinder) oft als noch schmerzhafter empfunden werden und das es gleichwohl einen sozialen Schmerz (z. B. Einsamkeit, Verlust) und einen spirituellen Schmerz (Warum, welcher Sinn?) gibt. Bei vielen

⁹ „Palliativ bewegt“, Broschüre

¹⁰ „Palliativ bewegt“, Broschüre

Menschen, die aufgrund ihrer Erkrankung oder ihres hohen Alters pflegebedürftig sind, wird der Schmerz durch das Gefühl „ich falle allen nur noch zur Last“ und „mein Leben hat keinen Wert mehr“ noch verstärkt. Schlaflosigkeit, Angst, Sorgen, Isolation und Rückzug sind weitere Faktoren, die die Schmerzintensität verstärken können.

Schmerz ist nicht trennbar. Körperliche Schmerzen sind immer mit einer oder mehreren der anderen aufgeführten Komponenten unauflösbar in einander verwoben. Das Schmerzerleben des betroffenen Menschen wird geprägt durch seine Herkunft, die Erziehung, Umwelt und Religion. Darum reichen oft Schmerzmedikamente allein nicht aus, um das gesamte Schmerzempfinden zu lindern. Der Schmerz leidende Mensch muss in seiner Gesamtheit wahr und ernst genommen werden, damit eine sinnvolle und gute Schmerztherapie ermöglicht werden kann. Nur er allein kann seinen Schmerz beurteilen.

Jeder von uns hat in irgendeiner Form schon einmal Schmerzen erlebt und weiß, welche Auswirkungen das auf unser tägliches Leben hat.

Schmerzen rauben einem Kraft und Energie, beeinträchtigen die Leistungsfähigkeit, nehmen Freude und Zuversicht, machen traurig und hilflos, bewirken Rückzug und

Wir, die als Ehepartner, Kinder, Eltern, Freunde, Nachbarn oder Kollegen, die Schmerzsituation miterleben sind betroffen, traurig, und sooft sprach- und hilflos. *„Ich kann ja nichts machen“* ist das Empfinden vieler Angehöriger. Dabei ist gerade das Eingebundensein eines unheilbar erkrankten und sterbenden Menschen in ein soziales Umfeld mit einer der wesentlichen Hilfestellungen. Akzeptanz und Verständnis, Zuhören und nicht allein sein sowie Hilfestellungen im täglichen Geschehen sind kostbar für den Betroffenen. Entscheidend ist ein respektvoller und ehrlicher Umgang miteinander.

„ Ich weiß nicht, was ich machen soll, würde lieber „lächelnd“ über belangloses mit dir reden und sagen es wird schon wieder und dann gehen, aber ich bin ehrlich, schweige mit einem Kloß im Hals und bleib bei dir und geh an deiner Seite.“

Zeit, Verständnis und Zuwendung sind neben der Schmerztherapie drei wichtige Säulen, die zur Schmerzlinderung beitragen und die sich viele Patienten von behandelnden Ärzten und von nahe stehenden Personen erhoffen.¹¹

Solange wir miteinander sprechen können, ist es relativ leicht zu erfahren, ob unser gegenüber Schmerzen hat. Aber wie verhalten wir uns, wenn sich uns der schwerkranke, sterbende oder demente Mensch nicht mehr mitteilen kann. Wird er dann vielleicht keine Schmerzen haben? Doch, natürlich erlebt dieser Mensch Schmerzen. Da sind wir aufgefordert, sehr genau hinzuschauen. Verhält er sich anders als sonst, wie ist seine Körperhaltung, sein Gesichtsausdruck, entspannt oder angespannt, atmet er ruhig oder schneller, stöhnt er, wenn wir ihn berühren oder bewegen, ist er unruhig, mag nicht mehr essen und kann nicht schlafen?¹²

Die Linderung des Schmerzes ist eine große Herausforderung und es gibt immer noch Vorstellungen, die das Umsetzen einer sinnvollen Schmerztherapie erschweren:

- Viele Patienten sind immer noch der Meinung, einen gewissen Schmerz aushalten zu müssen. Besonders ältere Menschen glauben, dass Schmerzen eine gerechte Strafe sind, die sie auf sich nehmen müssen. Oft werden Patienten in ihrem Schmerzerleben nicht ernst genommen.
- Eine im Volksmund gebräuchliche Aussage ist „...wenn man erst mal Morphium bekommt, stirbt man sowieso bald, dann ist eh alles zu spät!
- Es besteht immer noch die Meinung, dass Schmerzmedikamente (im besonderen Morphium) das Bewusstsein trüben, abhängig machen und das Leben verkürzen.

¹¹ Vgl. Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorpatienten, Broschüre

¹² Vgl. Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin, Bernatzky, Sittl, Likar, Springer Verlag

- Durch die ungenügende Aufklärung über die Nebenwirkungen von Morphin wird eine sinnvolle Schmerztherapie abgebrochen oder verkehrt umgesetzt¹³
- Angst vor zu hohen Dosen des Schmerzmedikaments

Was Sie dazu unbedingt wissen sollten!

➤ Kein Schmerz muss ausgehalten werden! Der Schmerz ist ein Alarmzeichen des Körpers, das etwas nicht stimmt. Umso stärker Schmerzen werden und je öfter sie auftreten, desto mehr Kraft und Energie muss der Betroffene aufbringen, um sie auszuhalten. Wohlbefinden und Lebensqualität nehmen zu nehmend ab. Eine Schmerzlinderung dauert um so länger.

➤ Morphin ist derzeit das bestwirksame Schmerzmedikament bei Krebs und anderen Erkrankungen. Die Verwendung von Morphin bedeutet nicht, dass der Betroffene bald sterben wird. Durch die Schmerzlinderung kann die Lebensqualität gesteigert und Lebensmut geweckt werden.

➤ Vor der Einnahme von Schmerzmedikamenten und besonders Morphin sollte man folgendes wissen und beachten:

Neben der schmerzlindernden Wirkung hat das Medikament weitere nicht immer erwünschte Wirkungen. Die am häufigsten auftretenden Nebenwirkungen besonders bei Morphin sind Übelkeit und Erbrechen, Müdigkeit und Verstopfung. Zu Beginn einer neuen Schmerzbehandlung können in den ersten Tagen Übelkeit und Erbrechen auftreten. Um diese Begleiterscheinungen zu lindern, muss gleichzeitig ein Medikament gegen Übelkeit verabreicht werden. Die Einnahme dieses Medikaments ist nur in den ersten Tagen notwendig und kann danach wieder abgesetzt werden. Die Müdigkeit klingt auch innerhalb von ein paar Tagen wieder ab. Diese Wirkungen können, müssen aber nicht auftreten. Die Verstopfung ist eine Begleitwirkung die bestehen bleibt, darum ist es ganz wichtig, zum Schmerzmedikament immer auch ein Abführmittel einzunehmen. Solange der Patient essen und trinken kann und möchte, ist eine ausgewogene Ernährung und ausreichend Flüssigkeit wichtig.

1. Die regelmäßige Einnahme nach einem festgelegten Zeitschema ist wichtig.

2. Die Schmerzbehandlung sollte mindestens aus zwei Medikamenten bestehen. Einem Medikament, das für ca. 12 Stunden wirkt (Retard-Tbl.) und 2 x am Tag eingenommen werden muss. Es gibt auch Schmerzpflaster, die für ca. 72 Std. wirksam sind.

Diese langwirksamen Medikamente bewirken, dass der Grundsmerz ausgeschaltet wird. Es können aber trotzdem Schmerzen innerhalb dieser 12 oder 72 Stunden auftreten, die als Durchbruchschmerzen bezeichnet werden, und für die ein zweites Medikament zur Verfügung stehen muss, das rasche Linderung bewirkt (innerhalb von einer halben Stunde bis Stunde), dafür aber nur 3-4 Std. anhält. Dieses schnellwirksame Medikament kann bis zu 6 x am Tag bei Durchbruchschmerzen eingenommen werden.

3. Werden die Schmerzen trotz der Schmerzmedikamente stärker und treten häufiger auf, sollte der Patient umgehend Rücksprache mit seinem behandelnden Arzt halten, damit die Schmerzmedikamente dem Schmerz angepasst werden können.¹⁴

4. Für viele Patienten ist es hilfreich aufzuschreiben, wann, wie oft und wie stark die Schmerzen sind. Dafür gibt es auch vorbereitete Schmerztagebücher. Das regelmäßige Aufzeichnen der Schmerzsituation kann dem Arzt die Behandlung erleichtern.

5. Die Stärke des Schmerzmedikaments richtet sich immer nach der Stärke des Schmerzes. Die vielfältigen Möglichkeiten in der Schmerzbehandlung ermöglichen auch bei stärksten Schmerzen Linderung.

¹³ Vgl. Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie, Eckhard Beubler, Springer Verlag

¹⁴ Vgl. Kompendium der Schmerztherapie, Eckhart Beubler, Wien, New York

Es gibt mittlerweile in allen Bundesländern einzelne Krankenhäuser mit einer Palliativstation, und Mobile Palliativteams, die Patienten zu Hause betreuen. Die Versorgung auf einer Palliativstation wird mit dem üblichen Krankenhaustagesatz verrechnet, die Betreuung durch ein Mobiles Palliativteam ist derzeit kostenlos. Die Palliativeinrichtungen arbeiten ganz eng mit Hausärzten, anderen mobilen Diensten und Hospizvereinen zusammen.

Wenn Sie nähere Informationen haben möchten, können Sie sich mit den Einrichtungen in Verbindung setzen (für nähere Informationen: www.hospiz.at)

Die kleine Welle

Eine kleine Welle hüpfte auf der Oberfläche des Ozeans entlang und hat unglaublich viel Spaß. Sie genießt den Wind und die frische Luft bis sie bemerkt, dass vor ihr noch andere Wellen sind, die an der Küste zerschellen.

„Mein Gott, das ist ja schrecklich“, sagt die Welle. „Wenn ich mir vorstelle, was mit mir passieren wird!“ Da kommt eine andere Welle vorbei. Sie sieht die erste Welle die grimmig dreinschaut und fragt: „Warum siehst du so traurig aus?“ Die erste Welle sagt: „Du verstehst überhaupt nicht, was los ist! Wir werden allesamt an der Küste zerschellen! Wir, alle Wellen, werden nichts sein! Ist das nicht schrecklich?“ Die zweite Welle sagt: „Nein, du verstehst nicht. Du bist nicht eine Welle, du bist ein Teil des Ozeans.“¹⁵

¹⁵ „Dienstags bei Morrie, Mitch Albom, Goldmann Verlag

7. Schlussworte

Die Entscheidung der Gruppenmitglieder sich für „Schmerz“ als Thema der Projektarbeit zu entscheiden, ist eine Frucht der persönlichen Defiziterfahrungen, wie wir sie täglich in unserem Arbeitsumfeld erleben.

In dieser Projektarbeit geht es nicht darum etwas zu verurteilen, auch nicht um einer angeblich schöneren besseren „Alten Zeit“ nachzuweinen oder ein Zukunftsszenario zu beschreiben, das bar jeder Hoffnung ist.

In allen Teilen dieser Arbeit und in den Schlussfolgerungen stehen einzelne Menschen im Mittelpunkt.

Es ist nicht unsere Absicht, Fehlhaltungen oder Defizite zu erheben und zu verurteilen, sondern den „Status quo“ der vorgefundenen Realität bezüglich Kommunikation, gegenseitigem Verstehen und des derzeit gültigen Verständnisses festzustellen.

Zu keiner Zeit war der Umgang, das verantwortungsvolle Miteinander von gesunden und kranken, leidenden Menschen ohne tief greifende Problematik.

Wir erleben jetzt eine gewaltig, schnell fortschreitende Veränderung der tradierten Werte und Werthaltungen. Der so oft strapazierte „Zeitgeist“ und der schleichende Wandel von „Verantwortung“ zur „Entantwortung“,¹⁶ entbinden uns nicht, mit allen Kräften, durch das Ausschöpfen aller inneren und äußeren Ressourcen, den ganzen Menschen in seiner „heil-losen“ Lebens- und Leidenssituation wahr und ernst zu nehmen!

In unserer so medienlastigen Zeit mit immer kürzer werdenden Informationswegen, auch in der Diagnostik und Vermittlung medizinischer Techniken und des Medikamenteneinsatzes, bleibt leider die unmittelbare, zeitintensive, von Empathie getragene Begegnung zwischen Patienten und den Helfern aller Kategorien sehr oft auf der Strecke.

Es wurde auch der Eindruck gewonnen, dass zwar sehr viele Menschen auf immer enger werdenden Raum *zusammen* leben, aber nicht zwischenmenschlich qualitativ *miteinander* leben.

Das Phänomen, dass allzu große Nähe distanziert, hat der Schriftsteller und Publizist Joseph Roth treffend formuliert. „Es gibt keine Entfernungen mehr. Man ist den Dingen so nah, dass sie uns überhaupt nicht mehr betreffen...“

Jedem denkenden und mit einer ordentlichen Portion Herzensbildung ausgestatteten Menschen ist klar, dass Reformen, und von einer breiten Mehrheit der Bevölkerung getragene Änderungen in unseren Systemen, wo es um Krankheit und Gesundheit geht, notwendig sind. Die Geschichte der letzten 2000 Jahre zeigt aber auch deutlich, dass gravierende und nachhaltig wirkende Veränderungen zum Wohle des ganzen Menschen, das heißt mit allen seinen physischen, psychischen und spirituellen Lebensäußerungen, nicht nur von „oben“ erwartet werden können.

Wir, du und ich an der Basis, im Einsatz beim einzelnen leid- und schmerzgeplagten Mitmenschen, schaffen in unzähligen, kleinen Schritten der Begegnung von Angesicht zu Angesicht, im heilsamen Denken, Reden und Tun die Voraussetzungen, dass Leben in ganzheitlich definierter Menschenwürde, von der Zeugung bis zum letzten Augenaufschlag, möglich und dauerhaft gesichert ist.

Das Gemeinwesen Staat und auch jeder Einzelne dürfen ihre Entscheidungen und ihr Handeln nicht von Begriffen wie Kosten und Nutzen, alt und unproduktiv, fehlerhaft und wertschöpfend, hoffnungslos und unheilbar, life style und wellness, dominieren lassen.

Wir hoffen, dass diese kleine Handreichung dazu beiträgt, optimistische Schritte in die Zukunft zu tun. In eine Zukunft, die mehr den je geprägt ist von einem liebevollen, verantwortlichen und sinngebenden Umgang zwischen Kranken und Leidenden, Gesunden und Helfern. Und diese Zukunft beginnt gerade jetzt!

¹⁶ „Sprachloses Leid“, M. Gottschlich, Springer Verlag

8. Danksagung

An dieser Stelle sprechen wir unseren Dank an unsere Wegbegleiter aus. Brigitte Lipke, Theo Middlkoop und Kurt Moser haben durch ihre fachliche und zwischenmenschliche Begleitung sehr viel an Motivation, Durchhaltevermögen und Einsicht in uns aktiviert. Danke!



Zu den Autoren



Im Bild von links nach rechts:

Sabine Kruppa – Boelck

Geb. 1966 in Schleswig – Holstein, wohnhaft in Grünau im Almtal OÖ, Lebensgemeinschaft, 2 Töchter, 1 Sohn, DGKS seit 1987, tätig im KH Ambulanzbereich, HKP, seit 2002 Hospiz- und Palliativbereich, Ausbildung Lehrgang für „Lebens- Sterbe und Trauerbegleitung“, Basis Lehrgang Palliativ Care, Palliativlehrgang „Experte Palliativ Care“

Rudolf Nährer

Geb. 1947 in Stmk, wohnhaft in St. Egyden am Steinfeld, verh., 1 Sohn, 1 Tochter, Kaufmann, seit 1980 Diakon der rk. Kirche, seit 1990 hauptamtlich tätig als Diakon in den Gemeinden St. Egyden am Steinfeld und Grünbach am Schneeberg, seit 1990 auch tätig als Religionslehrer in Volks- und Sonderschule. Ehrenamtlicher Mitarbeiter des mobilen Hospiz Caritas im Bezirk Neunkirchen, Ausbildung Basis Lehrganges Palliativ Care, Palliativlehrgang „Experte Palliativ Care“

Brigitte Wallerberger

Geb. 1961 in OÖ, wohnhaft in Regau OÖ, verh., 1 Tochter, 2 Stiefsöhne, DGKS seit 1982, tätig an verschiedenen Abteilungen des LKH Vöcklabruck, Leitung Arbeitsmedizin, seit 1999 Hospiz- und Palliativbereich. Ausbildung zur Stationsleitung, Arbeitsmedizinische Ausbildung, Strahlenschutz, Lehrgang für „Lebens- Sterbe- und Trauerbegleitung“, Palliativlehrgang „Experte Palliativ Care“.

9. Informationsquellen

Hilfen für Angehörige; Deutsche Krebshilfe, die blauen Ratgeber 30,
Ausgabe 4/ 2003

Leukämie bei Erwachsenen; Deutsche Krebshilfe, die blauen Ratgeber 20,
Ausgabe 7 / 2003

Geborgenheit und Trost, Meditationsbuch, Schmatz Franz, Tyrolia Verlag, Innsbruck-Wien

Palliativmedizin, was ist das eigentlich?, Eberle, Ines Ärztemagazin 17 / 1999

Zeit des Abschieds- Sterbe- und Trauerbegleitung, Specht -Toman & M.Tropper
Patmos Verlag, 2000

Ach wie gut, dass jemand weiß, Leitner Karin, Tyrolia Verlag, Innsbruck 1996

Die Welt des Schweigens, Picard Max, Frankfurt/ Main, 1959

Sprachloses Leid, Gottschlich Max, Springer Verlag, Wien, 1998

Die Nemesis der Medizin – Die Kritik der Medikalisierung des Lebens, Illich Ivan,
München, 1995

Schmerz – aus der Schriftenreihe Kern Christian A., Das Prisma,2/ 1990

Geschichten vom lieben Gott, Rilke Rainer Maria, Insel Verlag, it 43

Veronika beschließt zu sterben, Coelho Paulo, Diogenes Verlag, detebe 23305

Nach innen wachsen, Böke, Knudsen, Müller, Patmos Verlag 1999

Nachdenken über den Tod, Callhan Daniel, Verlag Kösel, 1998

Palliativmedizin, S. Husebo, E.Klaschik, Springer Verlag, 1998

Zerstörte Erfahrung, eine Phänomenologie des Schmerzes, Chr. Grüny,
Könighausen & Neumann Verlag, 2004

Schmerz, wie können wir damit umgehen?, Specht – Tomann /
Sandner – Kiesling, Walter Verlag, 2005

Über den Schmerz, Geschichte der Schmerzbekämpfung, Seemann,
Sauer Verlag, 1965

Palliativmedizin, S. Husebo, E. Klaschik, Springer Verlag, 2000

Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin, Hospizbewegung Salzburg in Partnerschaft mit Caritas, Salzburger Schmerzinstitut, Verlag Druckerei Huttegger, 2001

Leitfaden Palliativmedizin, C. Bausewein, S. Roller, R. Voltz

Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie, Eckhart Beubler

Tumorschmerz - Interdisziplinärer Therapiekonzepte, Larbig – Fallert – de Maddalena

Schmerzbehandlung in der Palliativmedizin, Bernatzky, Sittl, Likar

Geschichte des Schmerzes, David B. Morris, Suhrkamp Verlag, 1996

Der Wandel im menschlichen Schmerzerleben, Dr. Seifert, Lehmanns Verlag, 1960

Der Schmerz, Arzt, Patient, Kommunikation, Kongresshefte 1978 – 79, Internationale Mediziner Arbeitsgemeinschaft

Der praktische Arzt, Österreichische Ärztezeitschrift „Der Schmerz“, 1980

Zur Kulturgeschichte des Schmerzerlebnisses, Festvortrag von E. Kern, Würzburg, 1979

Die Sprachen der Schmerzen, Vortrag Schmerzkongress Bielefeld von F. Hartmann, Hannover, 1997

Geschichte der Schmerzbehandlung, Vortrag Ärzte-Fachtagung Regensburg, 1979

Der Arzt und der Kranke, Stücke einer medizinischen Anthropologie, Suhrkamp Verlag, 1987

„Kompendium der medikamentösen Schmerztherapie“, Eckhard Beubler, Springer Wien, New York

Internetadressen:

<http://www.oesg.at>

<http://www.drk-schmerz-zentrum.de>

<http://www.zeit.de>

<http://www.medizininfo.de>

<http://www.krebsinformationsdienst.de>

<http://www.josefsklinik.de/script/geschichte.htm>

<http://www.hospiz.ooe.at>