



Palliative Care und der Umgang mit Schmerz

## Hilflosigkeit lässt sich nicht betäuben

„Den ‚Zerstörungsschmerz‘ lindern und den ‚Werdeschmerz‘ belassen.“ So beschrieb einst Viktor von Weizsäcker das Selbstverständnis des Arztes. Heute geht es scheinbar nur noch um die möglichst effektive Sedierung der schwerkranken Menschen. Aber Schmerz hat nicht nur eine körperliche Dimension. Den Menschen in seiner Ganzheit ernst zu nehmen, heißt auch, ihn mit seinem umfassenden Leid und Schmerz anzunehmen.

### KARIN MATTEKAT

Die *Kontrolle* körperlicher Schmerzen scheint in der aktuellen Palliativmedizin weitgehend gesichert und bei den meisten Patientinnen keine große Herausforderung, eben nur eine Frage der richtigen Dosierung zu sein. Die Fokussierung auf den Körperschmerz kann aber blind machen für andere Schmerzerfahrungen der Betroffenen.

So beschreibt Viktor von Weizsäcker das Selbstverständnis des Arztes: „Arztwerden besteht in der Hinwendung zum Schmerz. Der Arzt sei heilkundig, indem er schmerzkundig ist, und als solcher wisse er den ‚Zerstörungsschmerz‘ zu lindern und den ‚Werdeschmerz‘ zu belassen“ (Heller 1989, 162).

### Nur eine Frage der Dosierung?

Doch sieht die Wirklichkeit in mitteleuropäischen Kliniken und Arztpraxen nicht mittlerweile ganz anders aus? Eines der zentralen Themen in der Palliativmedizin ist die Linderung von Schmerzen und anderen belastenden Symptomen. Wenn schwerkranke Men-

„Ärzte gießen Medikamente, über die sie wenig wissen, gegen Krankheiten, über die sie noch weniger wissen, in Patienten, über die sie gar nichts wissen.“

Voltaire



schen Angst vor dem Sterben äußern, dann fürchten sie nicht zuletzt starke Schmerzen. Ja, es entsteht der Eindruck, als ob sich die Angst vor Sterben und Tod längst verschoben hat auf die Angst, Schmerzen erdulden zu müssen. Und so scheint es dann oft nur eine Frage der Dosierung, der Applikationsform, ob eine gute Schmerzkontrolle möglich ist. „Aufgrund überwältigender Fortschritte in der modernen Medizin gelingt jedoch die Behandlung dieser Beschwerden bei der überwiegenden Zahl der Betroffenen“, sagt der erfahrene Berliner Palliativmediziner Müller-Busch. (Müller-Busch, T. Jehser, I. Andres 2003, 52).

Doch weist uns bereits Voltaire auf folgendes Dilemma hin: „Ärzte gießen Medikamente, über die sie wenig wissen, gegen Krankheiten, über die sie noch weniger wissen, in Patienten, über die sie gar nichts wissen.“

Ohne Arzneimittel ist eine gute Schmerztherapie und Palliation undenkbar. Doch die Pharmakotherapie kann auch schaden oder sogar tödliche Folgen haben. Die Dosisfindung ist gerade bei Patienten mit fortgeschrittenem Leiden wirklich nicht leicht, da sie häufig vieler Arzneimittel bedürfen und gleichzeitig auch viele Organsysteme in ihrer Funktion eingeschränkt sind, was die

Voraussage der einzelnen Arzneimittelwirkungen schwierig macht. Wir müssen damit rechnen, dass ein bis zehn Prozent unserer Patientinnen an unerwünschten Arzneimittelereignissen versterben. So sind wir immer wieder aufgerufen, uns kritisch zu hinterfragen, ob das jeweils störende Symptom nicht auch eine unerwünschte Arzneimittelwirkung sein könnte (Büche 2006/7, 240ff).

Reduziert sich die Palliatividee nun gar darauf, analog zur gesellschaftlichen Entwicklung in Anlehnung an die Prinzipien des Utilitarismus, ein Synonym für Schmerzfreiheit zu sein? Was sie nur noch selten bietet ist Raum für Schmerz.

### Raum für die Ganzheit

Wenn aber auch das Sterben wieder als Teil des Lebens angenommen werden soll, also ein Prozess eingeleitet würde, welcher der gesellschaftlichen Entwicklung entgegenläuft, böte eine palliative

Versorgung nicht vor allem Raum für die Ganzheit des sterbenden Menschen, also auch für seine Not und die seiner Zugehörigen? Stationäre und ambulante Palliativeinheiten sind nur dann ein Kontrapunkt zu anderen Einrichtungen, wenn der Mensch eingeladen ist, hier auch *mit* seinem Schmerz zu sein und zu bleiben, nicht nur ohne ihn. Ist Schmerz – und zu denken ist hier an den „Totalen Schmerz“, von dem der körperliche oft nicht der am schwersten zu ertragende ist – auch hier nur ein störendes Phänomen (Malanowski 2008)?

Während meiner klinischen Tätigkeit habe auch ich einige Menschen kennengelernt, die solch unerträglichen Schmerz erlitten, dass sie sich völlig reduziert fühlten auf ihren Schmerz, der sie zu zerstören drohte. Sie alle haben kleine Narben auf meiner Seele hinterlassen und ich bin weit davon entfernt, Schmerzen und andere belastende Symptome zu glorifizieren

*Palliativeinheiten sind nur dann ein Kontrapunkt, wenn der Mensch hier auch mit seinem Schmerz bleiben kann, nicht nur ohne ihn.*



*Wie viel Schmerz ein Mensch ertragen kann, wie viel er gar zu brauchen meint, kann allein er selbst beurteilen.*

auf die Patienten projizieren. Oft steht auch die Sehnsucht nach einem Gegenüber im Vordergrund, die Angst davor, alleine zu sein. Diese Angst versteckt sich dann in mancherlei scheinbar unbehandelbarem Symptom. Der jüdische Religionsphilosoph Martin Buber hat in diesem Zusammenhang den Ausspruch geprägt: „Der Mensch wird erst am Du zum Ich.“ (Buber, 97)

### Menschen mit ihren Schmerzen begleiten

Gerade in der Finalphase steht häufig Angst im Vordergrund und führt zu einer rasanten Zunahme sedierender Maßnahmen. Ist nicht vielleicht existenzielle Angst, die Angst vor dem Nichtsein, die Angst vor dem Loslassen, dem Zurücklassen ein notwendiger Zustand im Zuge eines Schrittes, den man eher unterstützen soll, als die zugrundeliegenden Bedingungen mit einem Pharmakon zu dämpfen? Ist die Angst ein Katalysator für einen Prozess, den ein Mensch tun muss, um sein Leben zu vollenden?

Wie viel Schmerz ein Mensch ertragen kann, wie viel er gar zu brauchen meint, kann allein er selbst beurteilen. Es geht dabei nicht nur um die Abwägung von Schmerz und Schmerzfreiheit. Schmerz, auch körperlicher Schmerz, kann unverzichtbarer Teil eines Wachstumsprozesses sein, unerträglicher Schmerz kann Wachstum auch verhindern. Es ist die Patientin, die uns darüber Auskunft geben kann. Aber die Aufgabe von Mitarbeitern im hospizlich/palliativen Kontext ist in meiner Wahrnehmung, sie auch dabei zu unterstützen, das Maß von Schmerz zu finden und dann auch zu leben, das sie für lebensnotwendig hält. Dies gelingt nur, wenn wir, Ärztinnen, Pflegende, Seelsorger, Therapeutinnen und Ehrenamtliche, grundsätzlich bereit dazu sind, Menschen in ihren Schmerzen zu begleiten und nicht nur den Schmerz zu kontrollieren versuchen.

Oft ist es gerade das Gefühl der Hilflosigkeit, das die Sterbenden und die Helfenden verbindet. Das tut weh, aber diesen Schmerz kann ich nicht betäuben, ihn nicht „narkotisieren“, ohne auch mir selbst und meinem Gegenüber zu schaden.

Die Integration des Schmerzes in das Menschsein ist mehr als Therapie im umfassenden Sinne. Es ist auch mehr als schicksalhafte Ergebung in das Unabwendbare im Erleben von Schmerz. Es ist auch mehr als verhaltenstherapeutische Umwandlung und Umlenkung des Schmerzes. Es verweist auf ein individuelles Seinsereignis, das immer auch die Seinskompetenzen des Menschen anspricht. Diese Seinskompetenzen können Quellen der Kraft statt Kraftlosigkeit, der Macht statt Machtlosigkeit, der Integrität statt Verletzlichkeit und der Erweiterung statt Begrenzung der eigenen Existenz erschließen und zu einem zunehmend integrierenden Einvernehmen mit dem Unabwendbaren führen (Meier 2003, 264).

### Literatur

- Buber, M.: Werke I, Schriften zur Philosophie, Kösel 1962, S. 97.
- Büche, D.J.: Pharmakotherapie-Möglichkeiten und Grenzen in der Palliative Care; aus C. Knipping, Lehrbuch Palliative Care, Hans Huber, Bern 2006/7, S. 240 ff.
- Heller, A.: Ganzheitliche Lebenspflege, Patmos Verlag, Düsseldorf 1989, S. 162.
- Klie, T. / Student, J.C.: Sterben in Würde, Herder Verlag, Freiburg 2007, S. 132-6.
- Malanowski, A.: Das Phänomen Schmerz in der Palliativmedizin, LMU, München 2008.
- Meier, N.: Grenzen des Lebens, nicht der Liebe; aus M. Mettner, R. Schmitt-Mannhart: Wie ich sterben will, paz Buchverlag, 2003, S. 264.
- Müller-Busch, H.C. / Jehser, T. / Andres, I.: Sedation in palliative care – a critical analysis of 7 years experience, BMC Palliat Care, 2003, S. 52.

*Schmerz lässt sich nicht nur auf die körperliche Dimension reduzieren.*

oder ein Plädoyer für das Aushalten von Leiden abzugeben. Aber es scheint mir eine unzulässige, ja unerträgliche Vereinfachung des menschlichen Seins, anzunehmen, dass sich Schmerz auf eine einzige Dimension, nämlich die somatische, reduzieren lässt.

Müller-Busch zeigt in einem bemerkenswert selbstkritischen Überblick, dass die Anlässe zur Sedierung – die ja gerade bei sonst therapierefraktären, also schlecht auf Therapien ansprechenden Symptomen, Anwendung findet – umso häufiger in psychosozialen Gründen liegen, je länger eine terminale Sedierung in einer Institution praktiziert wird. Und vor allem: Die Anwendung nimmt im Laufe der Jahre kontinuierlich zu, wenn einmal in einer Einrichtung damit begonnen wurde (Klie 2007, 132-6).

### Notwendiger Prozess

Es sei die Frage gestattet, „wer hier eigentlich was nicht mehr erträgt“? Häufig habe ich den Eindruck, dass wir „Helfende“ unsere eigenen Nöte

Dr. med. **Karin Mattek**, MAS, ist Fachärztin für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin, Akupunktur und Psychoonkologie(WPO).  
E-Mail: karinmt@gmx.de