

Im Gespräch mit... Stefanie Jahn



© Ralph Hergarten

Dr. Stefanie Liv Jahn lebt in Hamburg und Berlin. Sie ist Fachärztin für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Palliativmedizin, Spezielle Schmerztherapie, Homöopathie und Naturheilverfahren. Vor ihrem Medizinstudium war sie Mitentwicklerin eines Konzepts für ein Sozial- und Gesundheitszentrum auf dem Gelände des ehemaligen Hafenkrankehauses auf St. Pauli/Hamburg.

Während ihres Studiums organisierte sie einen studentischen Arbeitskreis für komplementäre Medizin im UKE Hamburg und nahm an gesundheitspolitischen Reisen der Hans-Böckler-Stiftung im In- und Ausland teil. In der Deutschen Schmerzgesellschaft gründete sie den AK komplementäre/integrative Schmerztherapie. Sie ist Projektleiterin der Europäischen Bibliothek für Homöopathie in Köthen/Anhalt und beschäftigt sich mit psychosozialen Auswirkungen auf das Schmerzempfinden sowie mit Kreativität, Kunst und Kultur als Ressourcen.

Vielleicht könntest du dich unseren Leser:innen kurz vorstellen? Was ist dein Tätigkeitsfeld, was sind deine sonstigen Interessen? In Anbetracht der Tatsache, dass die aktuelle Ausgabe von Re:visit dem Thema Pain & Compassion gewidmet ist, interessiert uns natürlich besonders, welche Rolle (chronischer) Schmerz in deiner ärztlichen Praxis spielt und wie dein Umgang damit ist.

Nachdem ich mehrere Jahre in spezialisierten Schmerzkliniken und in der Palliativversorgung tätig war, arbeite ich seit einiger Zeit in einer Fastenklinik. Auch in diese Klinik

kommen viele Menschen mit Schmerzerkrankungen. Wir versuchen, den Menschen als Ganzes zu erfassen und es wird viel Wert auf Selbstwirksamkeit und Selbstkompetenz gelegt. Auch Prävention und Zeit im Kontakt und Gespräch haben eine große Bedeutung. Schmerz ist für mich ein äußerst interessantes Fachgebiet. Die Begegnung mit Schmerz zeigt viele Facetten des Lebens und entsprechend sind zumeist weder eine rein körperliche, noch eine psychologische Behandlung ausreichend. Körperlicher und seelischer Schmerz ist bedrohlich, oftmals existenziell. Häufig geht es darum herauszufinden, wofür der Schmerz steht. Kommt man ihm näher, liegt darin ein Potenzial einer Annäherung an sich selbst.

In meiner Freizeit bin ich Theaterärztin, d.h. ich bin regelmäßig im Theater oder in Konzerten und zur Stelle, wenn jemand ärztliche Hilfe braucht. Zudem versuche ich so oft es geht, Tango zu tanzen. Dies ist meine Leidenschaft.

Ist in Bezug auf die Komplexität von ‚Schmerz‘ nicht schon die Etymologie aufschlussreich? Da scheinen sich etliche Möglichkeiten zum produktiven Dialog zwischen Medizin und Geisteswissenschaften, insbesondere auch Geschichts- und Literaturwissenschaft, aufzutun...

Tatsächlich ist Schmerz sehr komplex. Sich der Bedeutung von Wörtern bewusst zu werden, hilft, Zusammenhänge zu verstehen. Das englische ‚pain‘ beispielsweise hängt mit dem lateinischen ‚poena‘ – Strafe – dem deutschen ‚Pein‘ als Buße, Last und Qual, dem französischen ‚peine‘ für Traurigkeit und dem griechischen ‚poinē‘ zusammen, das für Strafe und Entschädigung steht. Vorstellungen von Sünde, Sühne und Strafe im Zusammenhang mit Schmerz werden hier deutlich.

Das Wort Schmerz wiederum entstammt dem indogermanischen ‚smer‘ und bedeutet ‚stechen‘, ‚beißen‘. Vom slawischen Wort für Tod ‚smertch‘ wird Schmerz abgeleitet. Dies veranschaulicht die existenzielle Bedeutung von Schmerzen. ‚Schmerz‘ bedeutet zudem Butter, Salbe. Dies weckt Assoziationen zur sogenannten Fettecke von Joseph Beuys. Fett war für Beuys wichtiges Element seiner künstlerischen Aktionen, und Butter als Heilmittel seiner Verletzungen spielte eine große Rolle.

Im Jahr 2020 revidierte die IASP, die *International Association for the Study of Pain* ihre Definition von Schmerz. Sie lautet seitdem: „Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung einhergeht oder einer solchen ähnelt.“ An der Überarbeitung wirkten keinesfalls nur Expert:innen aus dem medizinischen Bereich und Betroffene, sondern es wurden

u.a. Expertisen von Linguist:innen und Philosoph:innen eingeholt. Dies verdeutlicht, dass Schmerz kein rein körperliches Geschehen ist, dem mit einer alleinigen biomedizinischen Behandlung wie Medikamenten und Operationen nachhaltig beizukommen ist, wenngleich diese selbstverständlich ihre Berechtigung haben und häufig notwendig sind, auch als Basis für weitere Therapien. Seit Jahren sind vor allem die stationäre und die teilstationäre Schmerztherapie multimodal und interdisziplinär, d.h. viele Berufsgruppen sind beteiligt und arbeiten miteinander.

Die Erkenntnisse von Sozial- und Geisteswissenschaften ermöglichen also ein erweitertes Verständnis von Schmerz und eröffnen damit Behandlungsoptionen. Eine strukturierte Einbeziehung existiert bislang aber nicht. Hier liegt meiner Ansicht nach Potenzial.

Du sprichst hier die Sozial- und Geisteswissenschaften an: Welche Philosoph:innen, Literatur:innen, Künstler:innen sind für die Geschichte des (chronischen) Schmerzes bzw. für den ärztlichen Umgang damit am maßgeblichsten?

Die Interpretation von Schmerz ist immer im historischen Kontext zu sehen. Der individuelle und gesellschaftliche Umgang mit Schmerz ist u.a. gekoppelt an die jeweiligen politischen, sozialen, religiösen und wissenschaftlichen Begebenheiten. Kunst kann helfen, Weltbilder in Frage zu stellen und Paradigmenwechsel herbeizuführen.

Einen wichtigen Einfluss hatte der Philosoph und Naturwissenschaftler René Descartes, der im 17. Jahrhundert das Postulat von Schmerz als körperlichen Vorgang begründete. Mit seiner Unterscheidung zwischen einer körperlichen und einer seelischen Ebene des Schmerzes galt Schmerz in der Folge als körperliches Warnsignal und nicht mehr als Strafe für Sünden. Durch die Somatisierung wurde Schmerz zur Domäne der Medizin, zu einem Übel, das zu beseitigen sei. Tatsächlich ermöglichten medizinische Errungenschaften etwa hundert Jahre später eine Schmerzbekämpfung. Gleichzeitig verloren zumindest in westlich geprägten Ländern kulturelle und religiöse Rituale zum Umgang mit Schmerz ihren Sinn und Menschen verlernten, mit Schmerzen als Teil des Lebens umzugehen. U.a. im Hinduismus und Buddhismus war Schmerz und somit auch seine Behandlung nie nur eine rein körperliche Angelegenheit, zumal in vielen Gegenden bis heute keine adäquate Schmerzbehandlung zur Verfügung steht. Auf der anderen Seite führen Glaubenskonzepte bis heute zu einer Ablehnung von Schmerzmedikamenten.

In Ergänzung zu den gerade angestellten mehr kulturwissenschaftlich orientierten Überlegungen... Könntest du die Entwicklung des wissenschaftlichen Blicks auf den (chronischen) Schmerz kurz skizzieren? Welche Rolle spielt ein ganzheitlicher Ansatz in der Schmerzbehandlung?

Der wissenschaftliche Blick auf Schmerz wandelt sich. Das im 17. Jahrhundert geprägte reduktionistische Schmerzkonzept als linear-kausales Reiz-Reaktions-Schema ist längst ersetzt durch ein biopsychosoziales Verständnis chronischer Schmerzen. Anders als akute Schmerzen, die i.d.R. eine konkrete Ursache und eine Signal- und Schutzfunktion haben, hat der chronische Schmerz diese nicht. Er ist nicht mehr nur Symptom, sondern zur Erkrankung geworden. Die Behandlung ist viel komplexer. Dies findet Berücksichtigung im biopsychosozialen Schmerzmodell, das der Erklärung chronischer Schmerzen als ein multidimensionales Geschehen dient. Es verdeutlicht, dass sich körperliche, psychische und soziale Aspekte bei der Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen gegenseitig beeinflussen. Überdies zeigt das Modell Therapiemöglichkeiten in den verschiedenen Bereichen auf.

Die Schmerzmedizin ist mit ihrem Ansatz weiter als andere medizinische Fachgebiete, aber selbstverständlich gibt es noch viel zu tun. Spirituelle und kulturelle Faktoren – wobei ich unter ‚Kultur‘ durchaus auch ein Gefühl von Heimatlichkeit verstehe – werden im Verständnis und bei der Therapie von Schmerzerkrankungen bislang nur unzureichend berücksichtigt. Lediglich in der Palliativmedizin wird das biopsychosoziale Modell um eine spirituelle Perspektive ergänzt. Meiner Ansicht nach sollte aus dem biopsychosozialen Modell ein biopsychosozial-spirito-kulturelles werden.

In einem solchen Zusammenhang erscheint mir gerade auch ein holistischer, also ganzheitlicher (Behandlungs-)Ansatz von Bedeutung, mit dem üblicherweise häufig die Einheit von Körper, Geist und Seele gemeint ist. Dazu gehört meiner Ansicht nach aber auch der Einsatz verschiedener Medizinrichtungen und komplementärer Therapieverfahren. Komplementärmedizin behandelt nicht nur die Krankheit und ihre Symptome, sondern fördert Selbstwirksamkeit, Eigenkompetenz, *Coping* und damit Resilienz. Komplementäre Methoden wie Yoga, Meditation und Fasten wirken häufig auch spirituell.

Dort, wo die konventionelle Medizin nicht weiterkommt, werden zunehmend komplementäre Verfahren angewendet und anerkannt. Das ist ein Schritt in die richtige Richtung. Die integrative Medizin steht hier für ein sinnvolles Miteinander konventioneller und komplementärer Methoden und möchte die Dichotomie zwischen der sog. „Schul-

medizin“ und „Alternativmedizin“ aufheben. Das betrifft alle Fachgebiete der unmittelbaren Patientenversorgung. Viele Patient:innen, aber auch Behandelnde und Studierende wünschen sich ein Zusammenwirken der verschiedenen Medizinrichtungen.

Welche – auch der ‚unkonventionelleren‘ Ansätze zur Schmerzbehandlung – erscheinen dir persönlich am vielversprechendsten?

Vielversprechend finde ich die Kombination konventioneller und komplementärer Medizinmethoden. Viele komplementäre Verfahren, Yoga, Bluteigel, pflanzliche Präparate, um einige zu nennen, finden zusehends Eingang in die Schmerztherapie. Akupunktur, Entspannungsverfahren, Ernährungsumstellung, Wärme-, Kälte- und Wasseranwendungen sind längst etabliert. Sehr wichtig ist, über Schmerz aufzuklären und Selbstwirksamkeit und Eigenkompetenzen individuell zu stärken. Der Körper verfügt über ein System zur Schmerzhemmung. Körpereigene Botenstoffe sorgen für eine Hemmung der Schmerzweiterleitung zum Gehirn. Freudvolle Momente aktivieren die Ausschüttung von Endorphinen und Lustgefühle jeglicher Art entfalten eine schmerzblockierende Wirkung. Die Kunst liegt darin, sich dies bewusst zu machen und das Wissen trotz Erkrankung und widriger Umstände umzusetzen. Die ärztliche Kunst liegt für mich darin, Patient:innen in diesem Prozess zu unterstützen.

Haben die Neuerungen im ICD-11 (2022) oder die revidierte Präambel der Genfer Deklaration des Weltärztebundes (2017) etwas im ärztlichen Handeln bezüglich (chronischen) Schmerzes verändert? Wird Schmerzpatient:innen nun anders begegnet?

Änderungen brauchen bekanntlich Zeit, aber die schon erwähnte überarbeitete Schmerzdefinition der IASP sowie die Deklaration des Weltärztebundes und die Neuerungen der *International Classification of Diseases (ICD-11)* tragen dazu bei, dass Denkweisen hinterfragt und Zusammenhänge neu betrachtet werden können – wobei es nach wie vor Mediziner:innen gibt, die Schilderungen von Schmerzen nicht ernst nehmen, insbesondere, wenn körperliche Ursachen ausgeschlossen bzw. bereits behandelt wurden.

Die revidierte Definition der IASP betont gerade, dass Schmerz auch anzuerkennen ist, wenn sein Empfinden dem einer Gewebeschädigung *ähnelt*, eine körperliche Läsion also nicht zwingend vorliegen muss, um Schmerz anzuerkennen. Sechs Unterpunkte heben das individuelle Erleben von Schmerz, sein Ausmaß auf die Lebensqualität und

seine verschiedenen Komponenten hervor. Auch Tiere als nicht-menschliche Lebewesen werden in die Erläuterung übrigens einbezogen.

Richtungsweisend in Bezug auf die Multidimensionalität chronischer Schmerzen ist aber auch die im Januar 2022 in Kraft getretene Neuerung der *ICD-11*. Bislang wurde Schmerz im Kapitel der psychischen- und Verhaltensstörungen angesiedelt, was heutzutage als Stigmatisierung gewertet wird. Im Jahr 2009 war die Einführung der „chronischen Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ wiederum eine Errungenschaft und setzte der Behauptung etwas entgegen, Patient:innen mit anhaltenden und objektiv nicht messbaren Schmerzen seien Simulant:innen. In der *ICD-11* werden chronische Schmerzen nun erstmals als eigenständige Erkrankung anerkannt und klassifiziert. Auch psychosoziale Beeinträchtigungen, Kofaktoren und Leid werden berücksichtigt, was moderneren Schmerzkonzepten entspricht. Erwähnen könnte ich noch die revidierte Präambel des Weltärztebundes, die wiederum erstmalig einen Passus enthält, der auf die Gesundheit von Ärzt:innen und ihr Wohlergehen sowie die Autonomie von Patient:innen abzielt.

Inwiefern wird, im Sinne des gerade Skizzierten, in der medizinischen Ausbildung dafür gesorgt – oder eben auch nicht – dass die Kommunikation zwischen Patient:innen und Ärzt:innen bezüglich chronischer Schmerzen besser gelingt?

Kommunikation, sowohl im Medizinstudium als auch im beruflichen Alltag, ist generell nach wie vor ein Problem, wenngleich sich schon viel verbessert hat. Adäquat vergütet wird das ärztliche Gespräch weiterhin nicht. Dabei ist die Relevanz einer guten Patient:innen-Ärzt:innen-Kommunikation ersichtlich. Ein gutes Gespräch kann vorteilhaft wie ein Placebo wirken, ein schlechtes wie ein Nocebo und Symptome verschlimmern.

Die Behandlung chronischer Schmerzen spielt im Medizinstudium eine untergeordnete Rolle. Nach einer Facharztausbildung können Ärzt:innen die Zusatzqualifikation „Spezielle Schmerztherapie“ erwerben. Notwendig, neben einer einjährigen Weiterbildungszeit in einer auf Schmerztherapie spezialisierten Einrichtung, ist die Teilnahme an Kursen, in denen die ärztliche Gesprächsführung und die Bedeutung und Gestaltung der Beziehung zwischen Patient:in und Ärzt:in wichtige Elemente sind.

In der multimodalen Schmerztherapie sind Gespräche mit Patient:innen und eine Aufklärung über die jeweilige Erkrankung wichtige Säulen, ebenso wie der regelmäßige Austausch im Team.

Könntest du ganz generell das 3-Säulenmodell der Evidenzbasierten Medizin erläutern? Inwiefern kann es für einen zufriedenstellend(er)en Umgang mit (chronischem) Schmerz nutzbar gemacht werden?

Häufig wird unter Evidenzbasierter Medizin (EBM) eine medizinische Versorgung verstanden, die auf objektiven wissenschaftlichen Belegen mit verlässlichen Ergebnissen beruht. Aber nicht nur randomisierte kontrollierte Studien liefern aussagekräftige Ergebnisse. Für manche Therapieformen eignen sie sich gar nicht. Ergebnisse aus der Versorgungsforschung oder Patientenbefragungen werden immer wichtiger. Die Medizin ist keine reine Naturwissenschaft, sondern auch Erfahrungswissenschaft. Dem trägt das sog. 3-Säulenmodell Rechnung. Das 3-Säulenmodell der EBM nach David Sackett stützt sich auf drei Säulen, und zwar die wissenschaftliche Datenlage als externe Evidenz, die Expertise der Behandler:innen als interne Evidenz und die Präferenzen der Patient:innen. Die drei Säulen stützen sich gegenseitig. Die Autonomie von Patient:innen wird dabei zunehmend anerkannt. Für Patient:innen mit chronischen Schmerzen, deren Lobby eher gering ist, kann das mehr Mitspracherecht in der Behandlung bedeuten.

Gerade wenn man bedenkt, dass es die gegenwärtige Medizin verstärkt mit Migrant:innen zu tun hat: Welche Rolle spielt eine ‚kultursensitive‘ Medizin gerade in Bezug auf Schmerz und seine Behandlung?

Migrant:innen erleben Schmerz in vielfacher Hinsicht. Kriege und soziale Missstände, die zu Flucht und Vertreibung führen, sind assoziiert mit Folter und seelischer Not. Flucht und Vertreibung verstärken das Schmerzerleben und jedes Schmerzempfinden ist geprägt von der jeweiligen Migrationsgeschichte und kulturellen Zugehörigkeit. Auch im Umgang mit Schmerz gibt es transkulturelle Unterschiede. Philippinische Fischer beispielsweise gaben an, Lepra sei schmerzhaft, weil man von der Familie isoliert werde. Die Beurteilung von Schmerz unterliegt immer individuellen, sozialen und kulturellen Komponenten und betrifft nie nur das somatische Empfinden. Erforderlich für eine effektivere Schmerzbehandlung wären eine transkulturelle Sensibilität und Kompetenz. Mit einer migrationsspezifischen Anamnese könnten die jeweiligen Wertvorstellungen, Haltungen, Lebens- und Bewältigungsstile sowie der Grad der Akkulturation gezielt erfasst und hieraus Therapieoptionen abgeleitet werden.

Wie kann man in solchen Kontexten (pejorativen) Etikettierungen entgegenwirken, die mit der Zuschreibung von Mentalitätsstereotypen zu tun haben und gerade auch die Schmerzbeschreibung bei Patient:innen aus anderen Kulturen betreffen?

Bezeichnungen wie ‚Morbus Mediterraneus‘, ‚Morbus Bosphorus‘ oder ‚Mamma-mia-Syndrom‘ sind rassistische Zuschreibungen und Stigmatisierungen, die eigene Ressentiments offenbaren und die diagnostische Einordnung und die Behandlungsqualität negativ beeinflussen. Wichtig wäre, möglichst bereits im Medizinstudium oder während einer medizinischen Ausbildung, Kenntnisse über soziokulturelle Einflussfaktoren auf den Schmerz, den kulturell geprägten Umgang mit Schmerz und transkulturelle Erwartungen an die Behandler:innen zu vermitteln. Semiotische und etymologische Betrachtungen können bei der Einordnung von Schmerzäußerungen hilfreich sein und für eine adäquatere Behandlung sorgen. Ein kultursensitiver Ansatz dient zudem dem Erkennen und Reflektieren eigener Voreingenommenheiten, Stereotypisierungen und Klischees.

Im Übrigen muss man gar nicht erst zu weit entfernten Kulturen schauen, um pejorative Begrifflichkeiten zu finden. Der negativ konnotierte Begriff „Jammer-Ossi“ ist exemplarisch für abwertende und diskriminierende Attributierungen. Als ich in meiner Zeit in Berlin und Brandenburg mit vielen Schmerzpatient:innen aus der ehemaligen DDR zu tun hatte, habe ich das biopsychosoziale Modell erstmals durchdrungen. Mir wurde klar, wie der Verlust von Zugehörigkeiten, Arbeitsplätzen, Beziehungen und Rahmenbedingungen auch Jahre später noch mit Schmerzerkrankungen im Zusammenhang steht.

Die kanadische Psychiaterin und Schriftstellerin Ouanessa Younsi schreibt in einem ihrer Essays von der Wichtigkeit der eigenen Krankheitserfahrung für Ärzt:innen. Diese würde ihnen vor Augen führen, dass der Stuhl, auf dem sie sitzen, ‚nur geliehen‘ sei und dass sie jederzeit die Seiten wechseln könnten.¹ Inwiefern gilt dies auch für den Umgang von Ärzt:innen mit chronischen Schmerzen ihrer Patient:innen? Was ändert sich, wenn sie selbst Erfahrung mit einem solchen Krankheitsbild haben?

Interessanterweise nehmen seit einiger Zeit Erfahrungsberichte von Ärzt:innen zu, die von ihren Erfahrungen als Patient:in berichten. Das Bild der Gottheit in Weiß oder des

¹ Vgl. Ouanessa Younsi: *Soigner, aimer*. Montreal 2016, 128.

heiligen Samariters, der primär für andere da ist, eigene Bedürfnisse und Schwachpunkte zurückstellt und sich selbst vernachlässigt, ist längst brüchig.

C.G. Jung war der Auffassung, dass ein Arzt nur im Maße seiner eigenen Verwundung heilen könne. Er bezieht sich auf Chiron, den verwundeten Heiler der griechischen Mythologie. Auch Chiron litt nach einer Verletzung an starken Schmerzen und ihm blieb verwehrt, sich selbst zu heilen. Der von einigen als ‚Schmerzensmann der Kunst‘ bezeichnete Joseph Beuys erklärte, man müsse die Krankheit offenbaren, die man heilen will.

Mitunter habe ich mich, mit Blick auf manche Kolleg:innen, gefragt, inwieweit man körperliche und seelische Schmerzen durchlebt haben muss, um empathisch zu sein. Wenngleich eigene gravierende Erfahrungen selbstverständlich keine Voraussetzung dafür sind, eine gute Ärzt:in zu sein, können sie eine Sensibilität für das Gegenüber erhöhen und zudem wird man mit jeder persönlichen Erfahrung reifer. In traditionellen Medizinsystemen steht eine Wunde oft auch nicht für Verletzbarkeit und Scheitern, sondern ist Hinweis auf bestandene Prüfungen und erlangtes Wissen.

Die eigene Vulnerabilität zu thematisieren kann helfen, Kraft zu schöpfen und eine gewisse Kontrolle über Lebensereignisse zurückzubekommen. Dies ist auch wichtig vor dem Hintergrund vergleichsweise hoher Prävalenzen für Suchterkrankungen, depressiven Symptomen und Suizidgedanken bei Ärzt:innen und Medizinstudierenden. Die Akzeptanz ärztlicher Verletzlichkeit und der Perspektivwechsel von dem:der Behandler:in hin zur bedürftigen Person führen zu einer Re-Humanisierung der Medizin. Ein künstlerisch-kreativer Umgang kann hierbei Ressourcen freisetzen, was sich vielleicht auch in der Anzahl der vielen Ärzt:innenorchester spiegelt.

Wo gerade von ‚Ärzt:innenorchester‘ die Rede ist... Könntest du die Initiative des Patient:innen-theaters in der (chronischen) Schmerzbehandlung etwas näher erläutern?

Ich bin dabei, diese zu entwickeln. Der Gedanke ist, Schmerz aus der Literatur oder eigenen Aufzeichnungen auf die Bühne zu bringen. Laiendarsteller:innen und professionelle Schauspieler:innen verkörpern die Werke, Lesungen, Konzerte und Ausstellungen zum Thema Schmerz runden das Programm ab. In der Folge soll daraus eine Therapiemethode erwachsen, die Menschen mit Schmerzerkrankungen und -erfahrungen nutzen können. Dem Schmerz soll eine Ausdrucksmöglichkeit und Stimme gegeben werden, gleichzeitig sollen Aufklärung und Diskussionen Annäherung an Schmerz und Perspektiven aufzeigen.

Derartige Initiativen erscheinen doch gerade im Hinblick auf die große Häufigkeit von Schmerzmittelabhängigkeit von Bedeutung... Wie ist deine Einschätzung Letzterer?

Vielen erscheint es einfacher, dauerhaft Tabletten einzunehmen, als Gewohnheiten zu verändern. Manchmal ist eine regelmäßige Schmerzmedikation sinnvoll, und da die Bevölkerung in Deutschland älter wird, nehmen auch altersbedingte Schmerzen zu. Fluch und Segen liegen in der Schmerzbehandlung dicht beieinander. Analgetika gehören zu den am meisten verkauften Medikamenten in westlichen Ländern. Sie können einerseits abhängig machen und falsch eingenommen werden, z.B. überdosiert oder prophylaktisch. Andererseits führt u.a. die Sorge vor unerwünschten Wirkungen dazu, dass selbst eine indizierte Einnahme abgelehnt und der Schmerz ausgehalten wird, was wiederum zu einer Schmerzchronifizierung beitragen kann.

Eine schmerzmedizinische Versorgung ist im Übrigen immer abhängig von sozialen, politischen und ethischen Entscheidungen, vom jeweiligen Gesundheitssystem, von Ressourcen und Allokation. In medizinisch unterversorgten Gegenden und in Kriegsgebieten stehen Analgetika und schmerzstillende Eingriffe nicht allen Menschen zur Verfügung. In den USA wiederum fielen dem Opioid Oxycotin hunderttausende Menschen zum Opfer. In dem Dokumentarfilm *All the Beauty and the Bloodshed* zeichnet Laura Poitras das von dem Suizid ihrer Schwester geprägte Leben der Künstlerin Nan Goldin nach und zeigt Goldins Kampf gegen die eigene Schmerzmittelabhängigkeit und die Pharmadynastie Sackler. Diese wird als Eigentümer des Pharmakonzerns *Purdue Pharma* für die Opioid-Krise mitverantwortlich gemacht. Der Film thematisiert eine gesellschaftliche Verantwortung und den Zusammenhang von individuellem und kollektivem Schmerz.

Lass uns nochmal zur nicht pharmakologischen Schmerzbehandlung zurückkommen. Welche Potenziale zur (chronischen) Schmerzbehandlung siehst du in der Narrativen Medizin als wichtiges Komplement zur EBM?

Die Narrative Medizin nutzt geisteswissenschaftliche Methoden und Ansätze, insbesondere der Literaturwissenschaften, um professionelle Kompetenzen in Gesundheitsberufen zu fördern und Kommunikationssituationen sowie das Verhältnis zwischen Behandler:innen und Patient:innen zu verbessern. Ersteren bietet sie die Möglichkeit, sich der eigenen Verletzlichkeit, dem eigenen Schmerz und dem der Patient:innen zu nähern

und dabei eigene Konstrukte und Sichtweisen zu hinterfragen. Letztere können narrative Ansätze als Ausdrucksform nicht-sagbarer oder unaussprechbarer Symptome und Nöte nutzen. Gerade in der Schmerzmedizin könnte die Narrative Medizin dazu beitragen, individuelle Erfahrungen im medizinischen Kontext ins Zentrum zu stellen. Bislang ist das kein gängiger Ansatz und auch nur an Universitäten der Fall, an denen die *Medical Humanities* in Forschung und Lehre vertreten sind. Durch interdisziplinäre und kontroverse Diskussionen im Grenzbereich zwischen Medizin und Geisteswissenschaften ermöglicht die Narrative Medizin Reflexionen, persönliche Weiterentwicklung und die Erarbeitung neuer Behandlungsansätze. Kunst und Literatur werden hierzu kreativ genutzt. In Düsseldorf beispielsweise bieten die *Medical Humanities* ein interdisziplinäres Medizintheater für Studierende der Medizin, der Philosophie und weiterer Fakultäten an, in Buchclubs befassen sich Interessierte verschiedener Disziplinen mit Krankheitsbildern aus unterschiedlichen Perspektiven.

Ein narrativer Ansatz ist ferner die Verschriftlichung von Lebens- und Krankheitsgeschichten. Die sprachlose Person wird zur Akteurin, die jeweilige Biografie und Identität rücken ins Zentrum und werden auch für das medizinische Personal sichtbar. Individuelle Erzählungen ermöglichen den Ausdruck von Emotionen, Befindlichkeiten und kultureller Verortung. Der therapeutische Prozess des Schreibens ermöglicht, die eigene Lebensgeschichte einzuordnen, sie sich wiederanzueignen, ihr Sinn zu geben und Handlungsoptionen aufzuzeigen. Sie beinhalten immer auch gesellschaftliche Aussagen in Form von Meta-Narrativen über die Medizin, Gesundheit und Krankheit im jeweiligen gesellschaftlichen Kontext, tragen damit zur Analyse des dominanten medizinischen Diskurses bei und erhöhen interkulturelle Sensibilität und transkulturelle Kompetenzen.

Nicht vergessen werden darf, dass eine besondere Form des sogenannten Storytellings der Arztbrief sein kann. Dieser dient der Informationsweitergabe an die nachfolgenden Ärzt:innen und beinhaltet Diagnosen, Befunde, Krankheitsverlauf, Therapie und Status bei Entlassung. In der Schmerzmedizin werden Symptome, subjektives Empfinden und biografischer Hintergrund i.d.R. dezidiert erfasst. Die ärztliche Verschriftlichung der geschilderten Lebensereignisse und die Darstellung eines zeitlichen bzw. emotionalen Zusammenhangs mit der Schmerzerkrankung kann wie ein Spiegel wirken und Erkenntnisprozesse initiieren. Der Arztbrief kann somit Werkzeug ärztlicher Kunst und Zeugnis und Würdigung der jeweiligen Biografie sein.

Gäbe es von dir persönlich eine (literarische) Leseempfehlung als ‚Analgetikum‘? Aus welchen Gründen gerade dieser Autor/diese Autorin, dieser Künstler/diese Künstlerin?

Ich persönlich mag die Literatur von Thomas Bernhard, der es mit seinen sprachlichen Wiederholungen teils bis zur Schmerzgrenze meisterhaft versteht, die Vielfältigkeit des Schmerzempfindens, soziale Umstände als Schmerzauslöser und -verstärker und das Ausmaß von Schmerz auf die gesamte Existenz zu beschreiben. Im Grunde hat er das biopsychosoziale Modell einige Jahre vor der Medizin beschrieben. Um dieses zu verstehen, eignet sich übrigens eine Auseinandersetzung mit der mexikanischen Malerin Frida Kahlo, die sozusagen eine Schmerzpatientin im Sinne der Diagnose F45.41 – „chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren“ – par excellence war. Auch Leo Tolstoi beschreibt in *Der Tod des Iwan Iljitsch* wunderbar die Auswirkungen menschlicher Beziehungen und der Nicht-Kommunikation des Arztes auf das Schmerz-erleben. Auf eine ganz(e) andere Weise ist das Werk von Louise Bourgeois von Schmerzdarstellungen durchzogen. Ihre *Cells* (Zellen), arrangiert aus gefundenen Gegenständen, Kleidungsstücken, Stoffen, Mobiliar und Skulpturen, verkörpern die Barriere zwischen Innen- und Außenwelt, die beim Schmerz in vielfacher Hinsicht eine Rolle spielt.

Es ist tröstlich, sich in Geschichten und Bildern wiederzufinden, zu merken, dass man nicht allein ist mit seinen Erfahrungen und womöglich lassen sich Anregungen für einen Umgang finden. Manchmal sind es Gedichte, ich denke an die von Dagmar Nick, Emily Dickinson, Gertrud Kolmar, Hilde Domin, Inge Müller, die ein Schmerzerleben ausdrücken und einen heilsamen Impuls entfalten. Manchmal sind es Texte, die konfrontieren und provozieren, die Salz in die Wunde streuen und das Potenzial haben, diese nicht nur zuzupflastern, sondern auszuheilen. Hier fallen mir u.a. Thomas Brasch, Sylvia Plath, Hertha Kräftner, Kim de l’Horizon und Emine Sevgi Özdamar ein.

Du sprachst gerade von Thomas Bernhard und seinen sprachlichen Wiederholungen, die Leser:innen bis zur Schmerzgrenze strapazieren. Dies lässt an Franz Kafkas bekanntes Zitat denken, wonach ein Buch ‚beißen und stechen‘ soll. In dieser Eigenschaft würde es ja direkt auf die Etymologie von ‚Schmerz‘ verweisen... Inwiefern können ‚beißende und stechende Bücher‘ heilsam sein? Ist da ein Widerspruch? Oder eher ein produktives Verhältnis?

Ich denke, es ist ein primär produktives Verhältnis und ich muss sofort an den Leitsatz von Samuel Hahnemann, dem Begründer der Homöopathie, denken: „Ähnliches mit

Ähnlichem heilen.“ Es tut weh, sich dem eigenen Schmerz zu stellen, ihn wegzudrücken, ist auf Dauer vermutlich noch schmerzhafter.

Ingeborg Bachmann erklärte im Jahr 1958 in ihrer Ansprache anlässlich der Verleihung des Hörspielpreises der Kriegsblinden, es könne nicht die Aufgabe des Schriftstellers sein, den Schmerz zu leugnen, seine Spuren zu verwischen, über ihn hinwegzutäuschen. Er müsse ihn vielmehr wahrhaben und wahrmachen, damit er sichtbar wird.

Es geht darum, die Wunde, den Schmerz wahrzunehmen, zu fühlen, ihn mit Sinnen und Verstand zu begreifen und anzunehmen, um einen Weg heraus zu finden. Der Weg ist das Ziel, und individuelle Grenzen und Entscheidungen sind bei jeglicher Konfrontation selbstverständlich zu akzeptieren. Menschen, die seelische und körperliche Verletzungen erfahren haben, können häufig erst viele Jahre später darüber sprechen, wenn überhaupt. Wenn eine Person, die Gewalt ausgesetzt war, z.B. Philippe Lançons *Fetzen* liest, in dem er beschreibt, wie er als Betroffener den Terroranschlag auf *Charlie Hebdo* erlebte und wie er sich ins Leben zurück kämpfte, konfrontiert das mit eigenen Erlebnissen.

Kunst und Literatur können zwar schmerzhaft, aber konstruktives und Kraft freisetzendes Medium sein. Sie gehen an neuralgische Punkte, und solange das dem Ziel der Auseinandersetzung dient, helfen sie, sich in der Welt zu verorten und eigene Gefühle und Gedanken einzuordnen und zu reflektieren.

Zu guter Letzt lässt sich – mit der Pionierin der Hospiz- und Palliativversorgung Cicely Saunders – fragen, ob denn völlige Schmerzfreiheit für den Menschen möglich und überhaupt wünschenswert wäre? Gedacht sei an der Medizin Allmacht zuweisende Initiativen wie ‚schmerzfreies Krankenhaus‘ oder ‚schmerzfreie Stadt Münster‘? Was hältst du von derartigen Initiativen?

Die erwähnten Initiativen wurden Anfang der 2000er Jahre ins Leben gerufen. Sie zielten darauf ab, interne Abläufe zu verbessern und eine angemessene Versorgung akuter Schmerzen, z.B. nach Operationen, zu ermöglichen. Sie dienten auch der Sensibilisierung, Schmerzäußerungen ernst zu nehmen und Schmerzmedikamente angemessen zu verabreichen. Das waren wichtige Prozesse, die zur Aufklärung beitragen. Die Bezeichnungen sind meiner Ansicht nach jedoch irreführend und können unrealistische Erwartungen zementieren und zu Frustration auf allen Seiten führen.

Trotz vielfältiger Bestrebungen ist ein Leben ohne Schmerz bislang kaum möglich. Lediglich am Ende des Lebens, bei der palliativen Sedierung, besteht hierzulande die Möglichkeit, Schmerzen und andere Symptome bis zur Bewusstlosigkeit auszuschalten bzw. erträglich zu machen. Andauernde Schmerzfreiheit gibt es nur bei Menschen mit angeborenen oder durch Krankheiten verursachte Nervenschädigungen. Wer keinen Schmerz und damit keine Verletzung spürt, lebt meistens kürzer.

Der Wunsch nach Schmerzfreiheit ist absolut verständlich und die Entwicklung von Schmerz- und Narkosemedikamenten gehört zu den größten Errungenschaften der Medizin. Ein Denkmal im *Public Garden* in Boston, Massachusetts, erinnert daran. Die Inschrift auf dem Sockel des 1867 errichteten Ether Monuments lautet: „And there shall be no more pain.“

Nicht nur Cicely Saunders, auch Philosoph:innen und Theolog:innen, z.B. Dorothee Sölle gehen der Frage nach, welche Bedeutung Schmerz in unserem Leben hat. Was bedeutet es für unser Mitgefühl und weitere Gefühle, würden wir keinen Schmerz empfinden? Und was ist mit den Menschen, die Schmerzerfahrungen suchen, im Extremsport, in ihrer Sexualität, die Piercings und Brandings durchführen lassen?

Was sind abschließend deine Wünsche/Desiderate für den künftigen Umgang mit (chronischen) Schmerzpatient:innen?

Die Erweiterung des biopsychosozialen Schmerzmodells auf spirituelle und kulturelle Aspekte erscheint mir immens wichtig. Ebenso die Erforschung komplementärer Medizinverfahren, die Etablierung der integrativen Medizin in Forschung, Lehre und Praxis sowie die Anerkennung der drei Säulen der evidenzbasierten Medizin als gleichberechtigte und sich gegenseitig beeinflussende Komponenten. Die Methoden der Narrativen Medizin sollten Eingang in die Praxis und Weiterbildung der Schmerzmedizin finden. Ich wünsche mir die Thematisierung des Phänomens Schmerz in verschiedenen Bereichen der Kunst, beispielsweise als verbindendes und strukturiertes Projekt von Oper, Theater, Konzerten, Bildern/bildender Kunst. Die Bedeutung künstlerischer Behandlungsformen bei chronifizierten Schmerzerkrankungen sollte wissenschaftlich erforscht werden.

Das Gespräch führten Maria Heidegger & Julia Pröll

Im Gespräch mit... Stefanie Jahn
Re:visit 2 (2023)

Korrespondenzadresse

Dr. Stefanie Liv Jahn

Schloss Warnsdorf

Klinik Dr. Scheele GmbH

Schlossstraße 10

23626 Warnsdorf