



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Schmerzen ernst nehmen

Eine qualitative Untersuchung über die
Erfahrungen von Menschen mit chronischen Rückenschmerzen

Verfasserin

Anita Reingruber

angestrebter akademischer Grad

Magistra (Mag.)

Wien, März 2013

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 057 122

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Individuelles Diplomstudium Pflegewissenschaften

Betreut von:

Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl

*„Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt,
sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.*

McCaffery

EIDESSTATTLICHE ERKLÄRUNG

Ich erkläre hiermit an Eides Statt, dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbständig angefertigt habe.

Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher weder in gleicher noch in ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde weder im In- noch Ausland vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Ort, Datum

Unterschrift der Verfasserin

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich sehr herzlich bei all meinen Freunden bedanken, die mir eine große Stütze waren.

Vielen herzlichen Dank an Frau Univ. Prof. Dr. Elisabeth Seidl, für ihre Unterstützung und ihre aufbauenden und motivierenden Worte bei der Betreuung.

Bedanken möchte ich mich auch bei den Interviewpartnern für ihre Zeit. Durch ihre Offenheit haben sie mir Zugang zu sehr interessanten Datenmaterial ermöglicht.

Der größte Dank gilt meinen Eltern, Brigitte und Otto Reingruber, die mir dieses Studium ermöglicht haben und mich durch ihren Glauben an mich auf meinem Weg bestärkt haben.

Danke an meinen Freund Günther, der immer für mich da war und sehr viel Geduld bewiesen hat.

KURZFASSUNG

Ein hoher Anteil der österreichischen Bevölkerung leidet unter chronischen Schmerzen. Die am häufigsten auftretenden Beschwerden sind Rückenschmerzen. Die Ursachen, stellen nicht nur körperliche Faktoren dar, sondern es sind auch psychische, soziale und familiäre Gründe ausschlaggebend. In der medizinischen Praxis liegt der Schwerpunkt der Behandlung noch oft auf der symptomatischen Ebene und die subjektive Schmerzwahrnehmung wird nicht in den Behandlungsprozess einbezogen. Schmerz und deren Empfindung sind nicht sichtbar und objektiv nachvollziehbar. Die Problematik vieler Betroffener ist, dass sie von ihrer Umgebung und professionellen Helfern oft nicht verstanden werden und ihnen die unsichtbaren Schmerzen nicht geglaubt werden. Um einen erfolgreichen Behandlungsprozess zu gewährleisten ist ein breites Wissen über die Einflussfaktoren, sowie eine vertrauensvolle Beziehung zwischen den Menschen mit chronischen Rückenschmerzen und allen in der Versorgung beteiligten Personen nötig.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Darstellung der Erfahrungen von Menschen die an chronischen Rückenschmerzen leiden, sowie Faktoren aufzuzeigen, die im engen Zusammenhang mit der Chronifizierung von Rückenschmerzen stehen.

Die Datenerhebung basiert auf einem qualitativen Forschungsdesign. Als geeignete Methode zum Auswerten leitfadengestützten Interviews wurde die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen. Das Leben gelingt, durch die persönliche Lebenseinstellung, die Unterstützung der Angehörigen, Empathie der Ärzte und Therapeuten und eigene Bewältigungsstrategien.

Die gewonnen Erkenntnisse heben die Komplexität von chronischen Rückenschmerzen hervor. Es ist erforderlich die subjektive Wahrnehmung von Betroffenen in der Ausbildung von Angehörigen im Gesundheitsbereich mit einzubeziehen. Die Sensibilisierung für und das Wissen über die Einflussfaktoren des Phänomens Schmerz und ein multidimensionales Behandlungskonzept können sich neben einer Linderung des Leides der Betroffenen auch positiv auf die Kosten für das Gesundheitssystem auswirken.

ABSTRACT

An enormous percentage of the Austrian population suffer from chronic diseases. Problems with the back are the most common troubles. The total cost of health care system will rise if backache got a chronic disease. The main reason of getting backache is physical (e.g. hard physical work) but also compassionate and social reasons could be crucial. The common medication is to treat the symptomatic tier and the consideration of the subjective pain detection is no part of the treatment. Pain and its feeling isn't visible to the attending doctor and he couldn't re-enact it. One of the main problems of patients with invisible pains is that their environment, which also includes their helpers, didn't get their invisible pains and so misunderstanding is very common. A deep knowledge of all influencing factors and also a very trustful relationship between patient with chronic backache and their helpers is very useful for a successful healing process.

The diploma thesis focuses on the description of the experience of people with chronic backache and should point out the factors that have a close connection to long-term backache.

Methods: Data acquisition was executed by six interviews supported with code of practice. The used method for evaluate the collected data is the qualitative analysis of Mayring.

The used categories form the framework of the descriptive representation. There are six main categories in relation to "chronic backache seriously", namely: the life with chronic backache, impacts, medical support, family as support and liability, motion is life and the therapy as action to abate pain.

The gained findings point out the complexity of chronic backache. It is necessary to include the effects of invisible pain, especially backache, to the curriculum of the health care members. The awareness raising concerning the knowledge of the influencing factors on the phenomenon of pain would be very important. Also a multidimensional treatment concept could reduce the suffering of concerning people and could also have positive aspects to the cost of the health care system.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung	1
1.1. Hintergrund und Ausgangslage.....	1
1.2. Ziel der Arbeit.....	3
1.3. Forschungsfragen	3
1.4. Aufbau der Arbeit	4
 2. Theoretischer Teil.....	5
2.1. Phänomen Schmerz – Warnsignal und Folterknecht	5
2.1.1. Allgemeines über Schmerz.....	5
2.1.2. Die verschiedenen Schmerzcharaktere	7
2.2. Anatomische und physiologische Grundlagen	12
2.2.1. Das neuropathische Schmerzsystem	12
2.2.2. Das periphere nozizeptive Schmerzsystem.....	12
2.2.3. Schmerzgedächtnis	14
2.3. Volksleiden Rückenschmerzen	15
2.3.1. Beschreibung des Symptoms	15
2.3.2. Epidemiologie	15
2.3.3. Diagnostische Verfahren	17
2.3.4. Behandlungsverfahren	19
2.4. Modelle und Konzepte	24
2.4.1. Die Gate-Control Theorie	24
2.4.2. Das biopsychosoziale Konzept.....	25
2.4.3. Das fear-avoidance Modell.....	26
2.5. Schmerzen ernst nehmen	28
2.5.1. Menschen mit chronischen Rückenschmerzen	28
2.5.2. Ärzte und Ärztinnen	32
2.5.3. Familie und soziales Umfeld.....	35

3. Darstellung und Begründung der Methode	36
3.1. Methode der Datenerhebung	36
3.2. Methode der Datenanalyse	37
3.3. Ethische Überlegungen	38
3.4. Datenauswertung	40
4. Ergebnisdarstellung	42
4.1. Das Leben mit chronischen Schmerzen	44
4.1.1. Die Lebenseinstellung beeinflusst den Umgang mit Schmerzen	44
4.1.2. Veränderung der Lebenseinstellung	46
4.1.3. Schmerzen sind mein Leben	46
4.1.4. Meine Schmerzen, meine Angelegenheit	47
4.2. Auswirkungen auf das Leben	49
4.2.1. Hilflosigkeit	49
4.2.2. Hoffnung	50
4.2.3. Aufgabe der Selbstständigkeit	52
4.2.4. Finanzielle, berufliche und soziale Veränderungen im Leben	53
4.3. Medizinische Versorgung	54
4.3.1. Vernachlässigung der ganzheitlichen Behandlung	54
4.3.2. Schwer zu verstehende Krankheit, schwierige Kommunikation	59
4.3.3. Überforderung der Ärzte und Ärztinnen	61
4.3.4. Fachärzte und Fachärztinnen sind SpezialistInnen	63
4.4. Familie und soziales Umfeld – Ressource und Belastung	64
4.4.1. Wertvolle Angehörige	64
4.4.2. Prägung der Kinder durch die Schockerlebnisse	66
4.4.3. Unverständliche Schmerzen	68
4.4.4. Veränderungen in der Familie	69
4.5. Bewegung ist Leben	72
4.5.1. Ablenkung durch Sport	72
4.5.2. Energie und Kraft durch die Bewegung	73
4.6. Therapeutische Maßnahmen zur Schmerzlinderung	75
4.6.1. Selbst aktiv sein nach der Behandlung	75

4.6.2. Beruhigung durch therapeutische Maßnahmen.....	76
4.6.3. Geld für den Körper investieren.....	79
5. Abschliessende Erklärung.....	82
6. Diskussion	85
7. Implikationen für die Pflege.....	88
8. Stärken und Schwächen der ForschungsArbeit.....	89
Literaturverzeichnis	90
Abbildungsverzeichnis.....	94
Abkürzungsverzeichnis	95
Anhang.....	96
Interviewleitfaden	96
Einverständniserklärung	98
Curriculum Vitae	99

1. EINLEITUNG

1.1. Hintergrund und Ausgangslage

Einer der wichtigsten Beweggründe des Menschen nach professioneller Gesundheitsversorgung zu streben ist laut McCaffery & Beebe (1989) das Empfinden von Schmerzen. Rückenschmerzen gehören zu den häufigsten Erkrankungen der heutigen Gesellschaft. Rund ein Drittel der Personen im Alter von 15 und mehr Jahren, also fast 2,3 Millionen Menschen, leiden unter Wirbelsäulenbeschwerden. Diese sind auch die häufigste Ursache von Schmerzen. Wie eine österreichische Befragung ergab, ist deren Situation alles andere als zufriedenstellend. (IMAS Umfrage, Österreichische Schmerzgesellschaft, 2008) Laut der Österreichischen Schmerzgesellschaft, fühlen sich 57 Prozent der befragten Menschen mit chronischen Schmerzen von Nicht-Betroffenen nicht akzeptiert und angenommen. Weiters vermissen sie das Verständnis der Ärzte und Ärztinnen für ihre Schmerzen. (IMAS Umfrage, Österreichische Schmerzgesellschaft, 2008)

Ein Problem ist bis heute, dass Schmerzen und deren Empfindungen nicht sichtbar und objektiv nachvollziehbar sind. Dies fördert die Problematik vieler Schmerzpatienten und Schmerzpatientinnen von ihrer Umgebung nicht akzeptiert und verstanden zu werden. Von professionellen helfenden Personen fühlen sich Menschen mit chronischen Schmerzen häufig allein gelassen und unverstanden. Nicht selten werden ihnen ihre Schmerzen nicht geglaubt, oder als psychische Störung abgetan. Oft werden sie in die Situation gebracht, dass sie Angehörige des Gesundheitssystems überzeugen müssen, dass sie auch wirklich an den angegebenen Schmerzen leiden. (Siemer 2000)

Der Behandlungsschwerpunkt bei Personen mit Schmerzen liegt oft nur auf der symptomatischen Ebene. Professionelle Pflege muss jedoch nicht nur medizinische Konzepte integrieren, sondern auch psychologische und verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze aufgreifen (Siemer 2000).

Schmerz ist ein individuell erlebtes und multidimensionales Phänomen mit biologisch-somatischen, kognitiv-emotionalen und behaviouralen Aspekten. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Expertinnen und Experten aus anderen Berufsfeldern wie z.B. MedizinerInnen, PhysiotherapeutInnen, PsychotherapeutInnen ist ein wesentlicher Bestandteil um das Phänomen Schmerz angemessen zu erfassen.

Um das „stille Leiden“ der Menschen mit Rückenschmerzen zu erleichtern, ist es von Bedeutung alle Beteiligten in die Versorgung einzubeziehen. Betroffene, Angehörige und Ärzte und Ärztinnen sollen dafür sorgen, dass Aussagen wie „damit müssen sie leben“ der Vergangenheit angehören und die Betroffenen aktiv an einem erfüllten Leben teilhaben können.

1.2. Ziel der Arbeit

Hauptmotivation für meine Diplomarbeit war es, mithilfe qualitativer Interviews Erfahrungen von Menschen mit chronischen Rückenschmerzen zu erforschen und die komplexen Einflüsse der Schmerzen auf den Alltag sichtbar zu machen. Mein Anliegen ist es, einen Beitrag zur Entwicklung der multidimensionalen Behandlung bei SchmerzpatientInnen zu leisten und der Pflege die Unsicherheit im Umgang mit Menschen, die an einer „unsichtbaren“ Erkrankung leiden, zu nehmen. Die Grundlage für eine erfolgreiche Schmerzbehandlung ist eine vertrauensvolle und empathische Beziehung zwischen den PraktikerInnen in den Gesundheitsberufen und den betroffenen Personen.

Auf der anderen Seite möchte ich Menschen mit Schmerzen darauf aufmerksam machen, dass sie ihre Schmerzen nicht erdulden müssen und in der heutigen Zeit Möglichkeiten vorhanden sind, sie erfolgreich zu therapieren. Ich möchte mit meiner Arbeit ein Verständnis dafür schaffen, dass die Pflege und das Zusammenleben mit SchmerzpatientInnen, nicht nur eine schwierige und unangenehme Aufgabe ist, sondern eine Herausforderung für alle Beteiligten sein kann.

1.3. Forschungsfragen

Im Zentrum meines Interesses steht die Frage, „Welche Erfahrungen haben Menschen, die an chronischen Rückenschmerzen leiden im Alltag schon gemacht“?

- Inwieweit sind Menschen mit chronischen Rückenschmerzen in ihrer Lebensführung durch ihre Schmerzen beeinträchtigt?
- Wie reagieren Personen aus dem familiären Umfeld und dem Bekanntenkreis auf die Schmerzen?
- Inwieweit fühlen sich Menschen mit chronischen Rückenschmerzen von Angehörigen des Gesundheitssystems ernst genommen und verstanden?

1.4. Aufbau der Arbeit

In der vorliegenden Arbeit wird im theoretischen Teil ein Einblick in die vorhandene Literatur zu den Themen Schmerz, Rückenschmerz, Krankheitsverhalten und Reaktionen des Umfeldes gegeben. Im ersten Kapitel wird das Phänomen Schmerz und die anatomischen und physiologischen Grundlagen von Rückenschmerzen genauer dargestellt. Das Volksleiden Rückenschmerzen als Problem wird im zweiten Kapitel genauer beleuchtet, wobei epidemiologische Daten in Bezug auf die österreichische Bevölkerung vorgestellt werden. Hinter den weiteren Unterkapiteln verbergen sich die diagnostischen Verfahren und die Behandlung. Hier wird ein Einblick in nichtmedikamentöse und medikamentenöse Behandlungsansätze gegeben. Am Ende der Darstellung zum theoretischen Hintergrund werden noch verschiedene Konzepte und Modelle des chronischen Schmerzes thematisiert. Die Methodik und die Vorgehensweise werden im darauffolgenden Kapitel erläutert.

Im vierten Kapitel folgt die deskriptive Darstellung der Ergebnisse, welches auch den Hauptteil der vorliegenden Forschungsarbeit darstellt. Den Abschluss der Arbeit bilden die Diskussionen und weiteres die Schlussfolgerungen und Implikationen für die Pflege.

2. THEORETISCHER TEIL

2.1. Phänomen Schmerz – Warnsignal und Folterknecht

2.1.1. Allgemeines über Schmerz

Schmerz ist ein Warnsignal des Körpers. Er meldet uns schädigende Einflüsse von außen oder auch Störungen in Organen und ist somit überlebenswichtig. Schmerzen, die neu auftreten, haben somit für den Körper eine wichtige Warnfunktion und müssen ernst genommen werden. Bleiben akute Schmerzen oder Entzündungen über längere Zeit erhalten, oder kommen immer wieder zurück, besteht die Gefahr, dass sich der Schmerz verselbstständigt (Pape 1997). Der Schmerz wird vom Symptom zur Krankheit selbst und bleibt keine Begleiterscheinung mehr.

Schmerz ist multidimensional und wird von psychologischen, sozialen und kulturellen Einflüssen geformt (Beckmann, Wippert 2009). Jedes Individuum lernt die Anwendung des Begriffes im frühen Leben durch eigene Erfahrungen im Umgang mit Verletzungen, dadurch entsteht ein subjektives Schmerzempfinden. Laut der Definition der International Association for the Study of Pain (IASP) ist Schmerz „...ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigung verknüpft ist, oder mit Begriffen solcher Schädigung beschrieben wird.“ Häufig klagen Menschen nicht nur über biologisch entstandene schmerzhaft Reize, sondern auch über Schmerzen ohne Gewebeschädigung aus psychischer Ursache. Jede Angabe von Schmerzen sollte akzeptiert und ernst genommen werden. (Jörg, 2002)

Komponenten des multidimensionalen Phänomens Schmerz

(nach Beckmann, Wippert 2009, S 167)

- Motorische Schmerzkomponente
Bezieht sich auf die Schonhaltung und den Schutzreflex
- Vegetative Schmerzkomponente
z.B.: Blutdruckanstieg und Schwitzen
- Sensorische Schmerzkomponente
Verarbeitung des schmerzhaften Reizes bezüglich Lokalisation, Intensität und Art des Reizes
- Affektive Schmerzkomponente
Meist negativ belegte schmerzassoziierte Emotionen
- Kognitive Schmerzkomponente
Frühere Erfahrungen von Schmerzen fließen in die Bewertung des Schmerzes ein.

Durch die Einteilung von Schmerz in die verschiedenen Komponenten, wird ersichtlich, dass psychologische Faktoren eine ebenso wichtige Rolle in Bezug auf das Schmerzerleben spielen, wie physiologische. Galt Schmerz früher als direkter Ausdruck einer organischen Schädigung, wird Schmerz heute als psychophysisches Gesamtereignis aufgefasst (Kimczeyk, Kuhnt, Babel, Haase 2011). Psychologische Faktoren beeinflussen das Phänomen Schmerz und machen ihn zu einer subjektiven Erfahrung. Sie sind an der Auslösung beteiligt, bestimmen den Krankheitsverlauf und beeinflussen die Art und Weise, wie Patienten auf die Behandlung reagieren (Pfungsten 2011).

Bei der Schmerzentstehung interagieren psychologische und somatische Faktoren. Nur wenn beide Anteile berücksichtigt werden und in ein umfangreiches Therapiekonzept einbezogen wird, können Therapieansätze bei Schmerzen gute Erfolge bringen (vgl. Beckmann, Wippert 2009).

Schmerz ist eine besondere Kommunikation, sowohl mit dem eigenen Körper als auch mit dem sozialen Umfeld, in dem sich ein Mensch mit oder durch Schmerz befindet (Beckmann, Wippert 2009). Als Schmerz soll das verstanden werden, was eine Person als Schmerz bezeichnet (McCaffery et al., 1997).

2.1.2. Die verschiedenen Schmerzcharaktere

Akuter Schmerz

Akute Schmerzen sind meist direkte Reaktionen auf eine Gewebeverletzung, die einen begrenzten Zeitraum lang andauern. Die über Sekunden oder Wochen andauernden Schmerzen sind in der Regel an erkennbare Auslöser (Schnittwunden, Entzündungen) gekoppelt. Klingen die exogenen oder endogenen Reize ab, bedeutet dies das Ende des Schmerzes. (Ehrlich, 2005)

Chronischer Schmerz

In zeitlicher Hinsicht, versteht man unter Chronifizierung, den Übergang von einem akuten zu einem chronischen rezidivierenden Schmerz. Hasenbring (1992) bezeichnete Chronifizierung, als einen Prozess, an dem komplexe Wechselwirkungen zwischen biologischen, psychologischen und sozialen Faktoren beteiligt sind.

War früher das Hauptunterscheidungsmerkmal von akutem und chronischem Schmerz die Schmerzdauer, kristallisierte sich in letzter Zeit ein komplexeres Modell heraus. Kröner-Herwig (2000) spricht von einem chronischen Schmerzsyndrom, wenn die Störung länger als 6 Monate andauert, mit einer bedeutsamen Beeinträchtigung einhergeht und zu einer Reihe erfolgloser Behandlungsversuche geführt hat.

Die Beeinträchtigung zeigt sich durch behaviourale und kognitiv-emotionale Aspekte und reicht von einer allgemeinen muskulären Dekonditionierung, Schonverhalten bis hin zum Rückzug aus verschiedenen sozialen Beziehungen. Häufig treten auch dysfunktionale kognitiv-emotionale Prozesse wie

Resignation, Hoffnungs- und Hilflosigkeit sowie depressive Verstimmungen mit der Diagnose chronische Rückenschmerzen auf. (Kröner-Herwig 2000)

Chronischer Schmerz verändert das gesamte Leben der Patienten. Der Schmerz veranlasst sie, sich aus dem Leben eher zurückzuziehen. Es kommt zum Schonungsverhalten, Verzweiflung über die Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit in Bezug auf gescheiterte Behandlungsversuche. Menschen mit chronischen Schmerzen leiden also nicht nur an den anhaltenden Schmerzen, sondern auch an den physischen und sozialen Konsequenzen. (Millonig 2000)

Nach Müller-Mundt (2008) kann man konkret sagen, dass sich der Grad der Chronifizierung nicht allein an der Schmerzdauer messen lässt, sondern vielmehr daran, wie weit sich anhaltende oder wiederholt auftretende Schmerzen auf das Erleben und Verhalten der Betroffenen auswirken.

Risikofaktoren für die Schmerz-Chronifizierung

Beim Prozess der Schmerz-Chronifizierung sind vielfältige Verursachungs- und Aufrechterhaltungsbedingungen miteinander vernetzt. Neben den primären somatischen Mechanismen wirken auch Prozesse der Wahrnehmung und Aufmerksamkeit, der kognitiven Bewertung und der emotionalen Befindlichkeit verhaltenssteuernd in diesem Vorgang mit ein. Die meisten Ergebnisse zum Verständnis der Chronifizierung liegen für den muskuloskelettalen Schmerz vor. (Pfungsten 2011)

Wesentliche Voraussetzung für den Prozess stellen laut Pfingsten (2011),

- psychische Belastungen im weitesten Sinne (auch Depressivität)
- schmerzbezogene Angst, und
- die Vermeidung normaler (körperlicher) Aktivität dar.

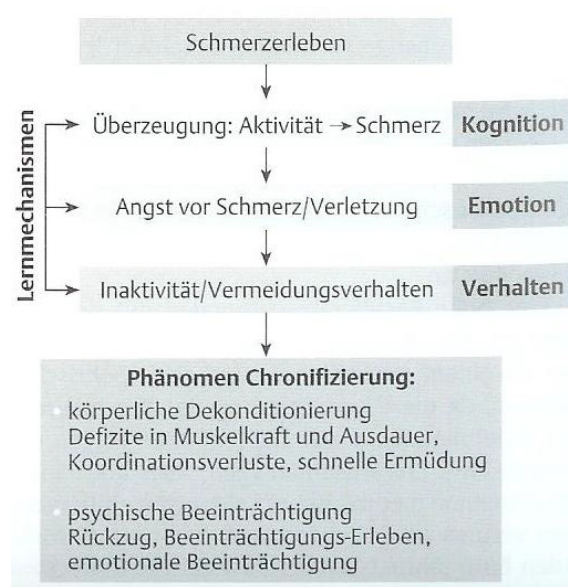


Abbildung 1 : Kognitiv-behaviourales Chronifizierungsmodell nach Pfingsten (Wippert & Beckmann, 2009, S. 236)

Übereinstimmung herrscht darüber, dass die Schmerzchronifizierung in einem Bedingungsgefüge von somatischen, psychologischen und sozialen Einflussgrößen zu verstehen ist. (Sander-Kiesling, Hartmann, Likar, Ilias 2006) Hoffmann et al. (2003) formuliert eine erweiterte Einteilung der Risikofaktoren:

- Somatische Faktoren

Die Schwere des akuten Schmerzes und die Art der Frühbehandlung sind maßgeblich bestimmende Faktoren bei der Chronifizierung.

- Lebensschicksale

Belastende Lebensereignisse erhöhen die Vulnerabilität eines Menschen in Hinsicht auf das Auftreten körperlicher, als auch seelischer Störungen. Diese wirken wiederum prädiktiv für das Auftreten des Schmerzsyndroms am Bewegungsapparat, aber auch für die Chronifizierung akuter Schmerzen (Sander-Kiesling, Hartmann, Likar, Ilias 2006).

- Kognitive Bewertungsstile

Häufig nach dem fehlenden Therapieerfolg auftretende Fehlüberzeugungen wirken sich negativ auf die Compliance und somit auf den Therapieverlauf aus.

- Affektive Störungen

Affektive Störungen können sowohl Folge einer schmerzhaften Erkrankung sein, als auch Auslöser einer Schmerzstörung. Angststörungen und auch Depressionen sind die Chronifizierung unterstützende Komorbiditäten, die unbehandelt den Erfolg jeglicher Therapie gefährden (Sander-Kiesling, Hartmann, Likar, Ilias 2006).

- Somatisierungsneigung

Unter Somatisierungsneigung wird das nicht Anerkennen, das keine Organpathologie vorliegt, verstanden.

- Primärer Krankheitsgewinn

Das Symptom wird als Stabilisierung, Entlastung oder Kompensation gesehen.

- Sekundärer und tertiärer Krankheitsgewinn

Soziale Verstärkung durch Aufmerksamkeit, Interesse und Mitleid wird dem Betroffenen zuteil, aber auch als Entschädigung oder Berentung.

- Das Verhalten von Ärzten und Ärztinnen

Unangemessene Diagnostik und/oder Therapie, sowie mangelnde Aufklärung der Patientinnen über ihr Krankheitsbild und die mögliche Rolle psychischer und sozialer Einflüsse sind Maßnahmen, die zur Schmerzchronifizierung beitragen können.

2.2. Anatomische und physiologische Grundlagen

Die Schmerzempfindung bildet einen komplexen Vorgang in unserem Organismus. Grundsätzlich kann man zwei Mechanismen unterscheiden:

2.2.1. Das neuropathische Schmerzsystem

Beim neuropathischen Schmerz sind die Nerven selbst betroffen. Der Schmerz tritt als direkte Folge einer Schädigung im Nervensystem auf. (Köster 2006) Zu einer Nervenschädigung können z.B. Verletzungen, Stoffwechselstörungen, Virusentzündungen führen.

2.2.2. Das periphere nozizeptive Schmerzsystem

Schmerzen entstehen durch ein Zusammenwirken von Botenstoffen, Rezeptoren und Reizverarbeitung im Gehirn. Um nozizeptiven Schmerz auszulösen sind mechanische, thermische, chemische Reize oder Entzündungen im Gewebe Voraussetzung. Diese Verletzungen setzen bestimmte Stoffe im Körper frei, die durch Schmerzrezeptoren wahrgenommen werden.

Die Nozizeptoren bilden den primären Ausgangspunkt der peripheren Schmerzverarbeitung. Die freien Nervenendigungen kommen in allen Geweben außer dem Gehirn vor, laufen von der Peripherie zum ZNS und nehmen ein relativ breites Spektrum an Reizen auf. (.Beckmann, Wippert 2009)

Der Schmerz wird über afferente schnellleitende A-Delta und langsam leitende C-Fasern zum Hinterhorn im Rückenmark geleitet. Hier erfolgt die Umschaltung auf das 2. Neuron. Von hier wird der Impuls über den Vorderseitenstrang im Hirnstamm weitergeleitet. Die Verbindungen zwischen Thalamus und der Hirnrinde, lassen den Schmerzort erkennen. Im limbischen System wird die affektive-emotionale Komponente des Schmerzes erfasst. (Köster 2006)

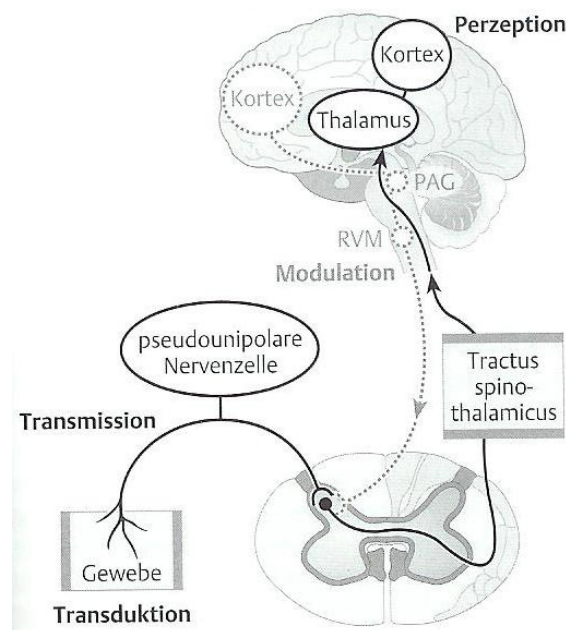


Abbildung 2: System der Schmerzwahrnehmung vom Nozizeptor bis zum Großhirn (Wippert & Beckmann, 2009, S. 169)

Kurz gesagt, im Rückenmark werden Vorgänge ausgeführt, die für die Weiterleitung der wahrgenommen Reize entscheidend sind. Auf der einen Seite kommt es zur Reflexschaltung, andererseits gelangt die Information über den Tractus spinothalamicus (Vorderseitenstrang) in das Gehirn. Durch körpereigene Stoffe (Endorphine) kann das Schmerzempfinden bei der Verschaltung im Rückenmark vermindert werden, auch Schmerzmittel werden an dieser Stelle eingesetzt. In bestimmten Teilen des Gehirns erfolgt die eigentliche Schmerzempfindung. Für die emotionale Bewertung ist das limbische System zuständig und für die Bewusstmachung, sowie den Vergleich mit früheren Erfahrungen und die Beurteilung der Situation ist die Großhirnrinde ausschlaggebend (Ölsböck 2007).

2.2.3. Schmerzgedächtnis

Wie schon im Kapitel 2.1. erwähnt, ist die eigentliche Aufgabe des Schmerzes auf eine Krankheit aufmerksam zu machen. Klingt jedoch der Schmerz als Warnsignal nicht ab, kommt es zur Schmerzintensivierung.

Starke Schmerzen können bei unzureichender Behandlung Spuren im Nervensystem hinterlassen. Neuere Studien zeigen, Übereinstimmungen zwischen den Vorgängen, die zu Schmerzspuren führen und Mechanismen im Hippocampus, die als Ursache von kognitivem Lernen und Gedächtnis angesehen werden, so Sandkühler (2001). Die Schmerzspuren im Nervensystem werden daher häufig als „Schmerzgedächtnis“ bezeichnet. Die gelernte Schmerzinformation kann sich klinisch als Hyperalgesie, als Schmerzauslösung durch normalerweise, nicht schmerzhafte Reize oder als spontane Schmerzen äußern. (Sandkühler 2001)

Chronische Schmerzen können durch diese krankhaften Veränderungen der Signalverarbeitung im Nervensystem verursacht oder verstärkt werden.

2.3. Volksleiden Rückenschmerzen

Zum besseren Verständnis werde ich im folgenden Kapitel genauer auf das Thema Rückenschmerzen zu sprechen kommen.

2.3.1. Beschreibung des Symptoms

„Rückenschmerz“ ist keine Diagnose, sondern ein Symptom, dem viele Ursachen zugrunde liegen können. (Sandner, Hartmann, Likar, Ilias 2006) Nach Körner-Herwig (2000) bezeichnet der Begriff Rückenschmerz keine einheitliche Krankheit, die durch gleiche Verursacherbedingungen, Verläufe oder Prognosefaktoren bestimmt ist, da er zunächst nicht mehr besagt, als dass das Hauptsymptom Schmerz ist, der den Rücken betrifft. Das Problem bei Rückenschmerzen wird stark erschwert, da es sich nicht um eine abgrenzbare Krankheitsidentität handelt, so Pfingsten (2011), sondern um eine Anhäufung von Symptomen, die durch unterschiedliche Mechanismen hervorgerufen werden können.

2.3.2. Epidemiologie

Wie die nachfolgende Grafik zeigt, sind Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates, besonders der Wirbelsäule die häufigste Schmerzursache in der österreichischen Bevölkerung. Sie führen zu einem beträchtlichen Behandlungs- und Rehabilitationsbedarf und sind die häufigste Ursache für Krankenstand und vorzeitige Pensionierung. (Statistik Austria 2006/2007)

In Österreich haben zumindest 80 Prozent einmal in ihrem Leben Rückenprobleme und stellen somit weitaus die häufigsten Schmerzbeschwerden dar. (Kröner-Herwig 2000). Die meisten auftretenden Rückenschmerzen in der akuten Phase remittieren mithilfe einfacher Mittel wie kurzzeitiger Ruhephase, physikalischer Therapie und Analgetika und 80 Prozent der Betroffenen kehren an ihren Arbeitsplatz zurück (Kröner-Herwig 2000, S. 11).

Bei einer Krankschreibung, die länger als 6 Monate dauert, können nur mehr 40 Prozent ihrer Arbeit nachgehen (Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung 2005). Bei 50 bis 88 Prozent zeigt sich jedoch nach Wochen bis Monate später ein verschieden lang dauerndes Wiederauftreten der Schmerzen. Mindestens 10 Prozent der Bevölkerung leiden an chronischen, in der Regel kontinuierlichen und intensiven Schmerzen mit hoher Beeinträchtigung. (Kröner-Herwig 2000)

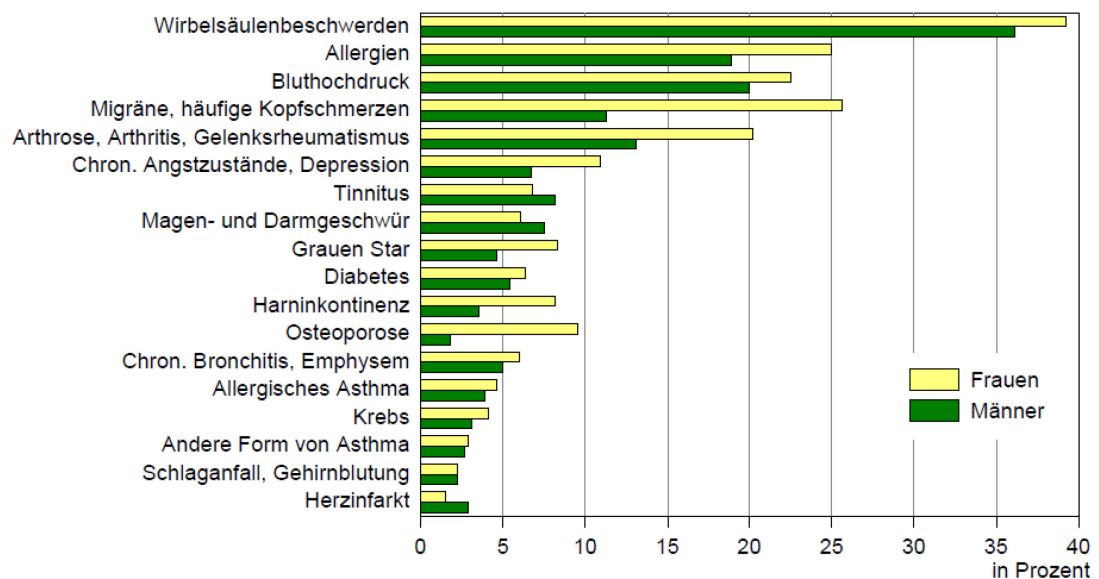


Abbildung 3: Häufigste Erkrankung nach persönlicher Einschätzung der ÖsterreicherInnen (Statistik Austria, 2007, S. 19)

Bei 15 Prozent der Patienten mit Rückenschmerzen liegt eine spezifische Ursache vor, sie haben einen Bandscheibenvorfall oder eine Spinalkanalstenose. Jedoch leiden 85 Prozent an unspezifischen Rückenschmerzen, hier lässt sich keine eindeutige Pathologie der Schmerzen feststellen. (Tomm 2011)

2.3.3. Diagnostische Verfahren

Erfassung des Schmerzerlebens

Um die verschiedenen Gesichter des individuellen Schmerzsyndroms auch erfassbar und nachvollziehbar zu machen, werden verschiedene Instrumente der Schmerzdiagnostik angewendet.

Da das Leiden und das Behandlungsanliegen des Menschen mit chronischen Schmerzen sich auf den Schmerz selbst beziehen, ist dies nach Kröner-Herwig (2000) der primäre Fokus. Bei der Diagnostik werden Variablen, wie erlebte Schmerzstärke, Schmerzdauer und Schmerzhäufigkeit, als auch Daten zur Qualität und Lokalisation erfasst. (Wippert, Beckmann 2009) Die Schmerzintensität kann mittels verschiedener Skalen gemessen werden. Man unterscheidet die numerische Rangskala, die Verbale Rating Skala und die visuelle Analogskala. (Siemer 2000)

- Numerische Rangskala (NRS)

Der Patient ordnet seine Schmerzintensität auf dieser Skala einer Zahl zwischen 0-10 zu, wobei 0 keine Schmerzen und die Zahl 10 unerträgliche Schmerzen bedeutet.

- Verbale Ratingskala (VRS)

Der Patient wird nach dem momentanen Schmerz gefragt und verwendet beschreibende Adjektive für die Intensität seiner Schmerzen.

- Visuelle Analogskala (VAS)

Der Patient schätzt auf der VAS Skala die empfundene Schmerzintensität auf einer 100 mm Linie ein. Der Anfang der Linie entspricht keinem Schmerz und das Ende der Linie dem stärksten Schmerz. Der Patient setzt nach individueller Einschätzung einen Strich oder ein Kreuz zwischen den beiden Endpunkten. Die Millimeter entsprechen der geschätzten Schmerzintensität. Es gibt auch Schmerzmessinstrumente, wobei der Patient einen Schieber verstellen muss und auf der Rückseite kann der Zahlenwert der Schmerzstärke abgelesen werden.

Die Zielsetzung der Schmerzskala nach McCaffery besteht darin,

„die Beschreibung des Patienten über das Ausmaß der Schmerzen in Zahlen oder Worte zu übertragen, welche eine möglichst objektive Beschreibung für eine subjektive Erfahrung liefern soll.“ (McCaffery 1997)

Durch die Führung eines Schmerztagebuches werden die Patienten aktiv in den Behandlungsprozess eingebunden. Der Betroffene kann durch die Dokumentation seiner Aktivitäten, Befindlichkeiten und Gedanken, die Zusammenhänge zwischen Schmerz und äußeren bzw. inneren Ereignissen erkennen. (Siemer 2000) Durch ein Schmerztagebuch werden aber auch quantitative Daten des Schmerzerlebens, wie Intensität, Häufigkeit und Dauer erfasst.

Erfassung des Schmerzverhaltens

Diese Ebene ist lange unbeachtet geblieben, stellt aber einen wichtigen Punkt in der Diagnostik von Schmerz dar. Unter Schmerzverhalten wird verstanden:

- Verbaler Schmerzausdruck
- Paraverbaler Schmerzausdruck
- Rückzugs- und Schonverhalten
- Überforderungsverhalten

Zur Erfassung der behaviouralen Aspekte des Patienten können Fragebögen wie der multidimensionale Schmerzfragebogen MPI-D und der Funktionsfragebogen Hannover FFbH Hilfsmittel zur Abklärung sein. Bei der Diagnostik sollten alle Lebensbereiche des Betroffenen Teil des Gesprächs sein, da dies für die Therapieplanung von großer Bedeutung ist. (Wippert, Beckmann 2009)

2.3.4. Behandlungsverfahren

Nichtmedikamentöse Behandlungsansätze

Durch die Vielschichtigkeit der Problematik von chronischen Schmerzen stoßen die rein medizinische Betrachtung und Therapie an ihre Grenzen.

Mit aktivierenden Maßnahmen unter starker Berücksichtigung von psychologischen, verhaltenstherapeutischen Behandlungsinhalten liegt der Schwerpunkt nicht primär bei der Schmerzlinderung, sondern auf der Behandlung gestörter körperlicher, psychischer und sozialer Funktionen. Mit diesem multimodalen Behandlungsansatz versucht man den vielen Auswirkungen von chronischen Rückenschmerzen gerecht zu werden. (Wippert, Beckmann 2009) Auch Kröner-Herwig (2000) sieht das oberste Ziel in der Schmerztherapie in der Minderung der Beeinträchtigung und Verbesserung der Lebensqualität. Dagegen stellt Schmerzfreiheit kein realistisches und angemessenes Ziel dar.

– Patientenedukation

Angst vor Schmerz und Befürchtungen über das Vorliegen einer „ernsten“ Erkrankung sind wichtige Faktoren für den Chronifizierungsprozess. Ungewissheit und fehlende Erklärungen sind ein wichtiger Bestandteil der Sorgen der Patienten und Patientinnen. Diese Ungewissheit soll durch Vermittlung von Information und Wissen reduziert werden. Edukation, in Form von Information, Beratung und Begleitung, stellt eine Erweiterung der subjektiven Krankheitstheorie dar und soll nicht das meist somatisch geprägte Schmerzkonzept des Patienten angreifen. Menschen mit chronischen Schmerzen sollen erkennen, dass Schmerzen auch durch Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Denken und Fühlen beeinflusst werden. (Wipper, Beckmann 2009)

Patientenedukation, zur Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten, wird in der speziellen Schmerztherapie eine zentrale Bedeutung beigemessen. Aufklärung und Information alleine reichen in diesem Bereich nicht mehr aus. Beratung, Reflexion und die gemeinsame Suche nach Problemlösungen sind erforderlich,

um die Patienten durch eine gezielte Förderung ihrer Handlungskompetenz in der praktischen Anwendung von Wissen und Fertigkeiten im Alltag zu unterstützen. (Müller-Mundt 2008)

- Bewegungstherapie

Wahrnehmung und Koordination, detonisierende und schmerzlindernde Maßnahmen werden in der Physiotherapie erarbeitet. Weiters stellen Übungen zur Verbesserung der Beweglichkeit und allgemeine Belastbarkeit wichtige Aspekte der Behandlung dar. Mit einem gezielten Krafttraining werden die Muskulatur und durch Ausdauertraining die unterschiedlichsten Bewegungsabläufe trainiert. Mit Eigenübungen wird schon während der Behandlung das eigenständige Durchführen gefördert, um den Transfer in den Alltag nach Abschluss der Therapie sicherzustellen. (Wippert, Beckmann 2009)

- Psychologische Therapie

Die Effektivität psychologischer Schmerztherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen haben mehrere Metaanalysen belegt. Kognitiv-behaviourale Behandlungstechniken sind gegenüber ausschließlich medikamentöser Behandlung effektiver in Bezug auf die Reduktion des Schmerzerlebens, die Verbesserung der Schmerzbewältigung, die Reduktion von Schmerzverhalten und die Steigerung der Funktionsfähigkeit. (McCracken u. Turk 2002, Tulder 2003)

Die Entwicklung eines individuellen Krankheitsmodells stellt in der psychologischen Therapie einen wichtigen Punkt dar. Durch Verhaltensanalysen werden die Entwicklung von schmerzbezogenen Ängsten und Verhaltensweisen erarbeitet. Beim Patienten zeigt sich Angst oft durch Vermeidungsverhalten. Viele Betroffene befinden sich in einem Trauerzustand, um die verloren gegangene Gesundheit und die veränderte Lebensqualität. Hier ist es wichtig an der Schmerzakzeptanz gemeinsam zu arbeiten. Mit welchem Maß an Schmerz kann der Patient lernen zu leben und sein Leben trotzdem befriedigend gestalten und dadurch die Lebensqualität wieder verbessern. Das Schonungsverhalten und die Durchhaltestrategien der Menschen mit

chronischen Rückenschmerzen werden in der Therapie behandelt. Es ist wichtig die Balance zwischen Ruhe und Aktivität zu finden, um Überforderung und Resignation zu verhindern. (Wippert, Beckmann 2009)

- Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren stellen einen grundlegenden Baustein in der kognitiv-behaviouralen Behandlung dar. Grundlage der Wirkung sind das Trainieren und bewusste Herbeiführen der Entspannungsreaktion als stress- und schmerzinkompatibler psychophysiologischer Prozess. (Wippert, Beckmann 2009) Die bekanntesten Entspannungstechniken sind progressive Muskelrelaxation nach Jacobson (PMR), autogenes Training (AT) und andere Imaginations-, Atem- und Meditationstechniken.

- Biofeedback

Bei Therapie durch Biofeedback wird der Schmerz als psycho-physiologische Störung verstanden, die mit psycho-physiologischen Methoden behandelbar ist. Die Biofeedbacktherapie wird eingesetzt, um die Wahrnehmung und Minderung muskulärer Verspannungen in bestimmten Muskelgruppen zu fördern.

Biofeedback stellt in der Behandlung von chronischen Rückenschmerzen eine hilfreiche Methode dar, wenn Patienten den Zusammenhang von körperlichen und psychischen Funktionen anzweifeln, da dieser im Biofeedback mittels des Rückmeldesignals „objektiviert“ werden kann. (Kröner-Herwig 2000)

Ein gutes Beispiel für ein kognitiv-behaviorales Therapieprogramm bei chronischen Rückenschmerzen veröffentlichten Basler und Kröner-Herwig (1998)

Intervention	Ziele
Edukation	Vermittlung eines biopsychosozialen Schmerzmodells; Aufbau von Selbsteffizienzüberzeugung
Abbau von exzessivem „Konsum“ medizinischer Leistungen	Verringerung von iatrogenen Schäden durch (invasive) Diagnostik/Behandlung; geringere Exposition mit konfligierender medizinischer Information
Entspannungsverfahren	Minderung tonischer Aktivierung; Vermittlung einer Copingstrategie für Schmerz und Stress
Selbstbeobachtung	Erkennen antezedenter Bedingungen und der Variabilität des Schmerzes, exaktere Wahrnehmung des Medikamenteneinnahmeverhaltens
Verhaltensanalyse	Erkennen von Zusammenhängen zwischen Situationen, Kognitionen, Emotionen, Verhalten und Erleben (schmerzbezogen, belastungsbezogen)
Aufmerksamkeitslenkung	Defokussierung von Schmerz; Aufmerksamkeitsrichtung auf positives Erleben
Aktivitäten-Regulation	Aufbau defizitärer Aktivitäten; Strukturierung von Ruhe/Aktivitätsphasen
Aufdecken und Modifikation operanter Prozesse	Erkennen von schmerzaufrechterhaltenden Bedingungen; Entwicklung problemadäquater kognitiver und handlungsbezogener Lösungsansätze
Problemlösetraining	Vermittlung von Strategien zur Identifikation von Problemen, Ist-Soll-Analyse, Lösungskompetenzen
Kompetenztraining	Vermittlung spezieller Kompetenzen (z.B. Selbstbehauptung, Angstbewältigung etc.)
Rückfallprophylaxe	Konzeptualisierung hilfreicher, in der Therapie erworbener Strategien im Umgang mit Schmerz und Belastungen (Intentions- und Handlungsplanung für die nachtherapeutische Zeit bzw. Krisensituationen)
Medikamentenoptimierung	Abbau oder Veränderung von Einnahmeverhalten (in enger Kooperation mit dem behandelnden Arzt)
Mögliche Zusatzbausteine:	
EMG-Biofeedback	Wahrnehmung und Minderung muskulärer Verspannungen in bestimmten Muskeln; Erlernen allgemeiner Entspannungskompetenzen
Hypnose	Veränderung des Schmerzerlebens mit dem Ziel einer Verringerung insbesondere des affektiven Erlebens

Tabelle 1: Kognitiv-behaviorales Therapieprogramm bei chronischen Rückenschmerzen nach Basler und Kröner-Herwig (Kröner-Herwig, 2000, S. 38)

Medikamentöse Behandlung

Die Verantwortung für die medikamentöse Schmerzkontrolle trägt das gesamte Behandlungsteam, wozu auch der Patient gehört. Ziel des medikamentösen Schmerzmanagements ist die Schmerzkontrolle, bei gleichzeitig weitgehender Vermeidung von Nebenwirkungen. Bei der Verabreichung von Opioiden und Nicht-Opioiden ist die Verwendung eines präventiven Ansatzes (Medikation bevor der Schmerz auftritt oder außer Kontrolle gerät), eine exakte Dosierung um eine optimale Wirkung zu erzielen und ein Höchstmaß an Kontrolle durch den Klienten/die Klientin, Voraussetzung.

Schmerzlindernde Medikamente wirken über die Veränderung der Schmerzwahrnehmung im zentralen Nervensystem, aber auch durch die Unterbrechung der für die Weiterleitung der Schmerzen verantwortlichen Mechanismen. Durch den Abbau von Ängsten und Depressionen, Erhöhung der Schmerztoleranz und Blockierung des Inputs des peripheren Nervensystems kann sich ebenfalls eine Schmerzkontrolle herbeiführen lassen. (Morof Lubkin 2002)

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) entwickelte ein Stufenschema zur Orientierungshilfe für Ärzte bei der medikamentösen Therapie. Mithilfe dieser Drei-Stufen-Therapie können Schmerzpatienten ausreichend behandelt werden. Die erste Stufe umfasst die Gabe von nicht-opioidhaltiger Schmerzmitteln bei leichten, zumeist nicht chronifizierten Schmerzen. Schwache Opioide werden auf der Stufe II verabreicht. Bei ungenügender Wirkung auf den Schmerz sollte ein rascher Wechsel auf die Stufe III stattfinden. In dieser dritten Stufe erfolgt die Gabe von starken Opioiden bei starken, akuten Schmerzen oder erheblicher Schmerzspitzen bei mäßig chronischem Schmerz, wenn die Höchstdosierung auf Stufe II erreicht ist. (Ölsböck 2007)

2.4. Modelle und Konzepte

2.4.1. Die Gate-Control Theorie

Die Komplexität der Gate-Control-Theorie kann als Überwindung eines traditionellen biomedizinischen Reiz-Reaktionsschmerzmodells hin zu einem mehrdimensionalen neurophysiologischen Prozess verstanden werden. Trotz mehrfacher Kritik ist die Theorie von Melzack und Wall (1965) ein Schmerzmodell, das die vielfältigen Befunde der Schmerzphysiologie und –verarbeitung einschließlich psychophysiologischer und soziokultureller Forschungsergebnisse in einem verständlichen Rahmen zusammenfasst. (Sandner, Hartmann, Likar, Ilias 2006, S. 52) Die Autoren prägen den Begriff „eines Tormechanismus im Hinterhorn“ des Rückenmarks, der die Übertragung einlangender Schmerzimpulse von den peripheren Schmerzbahnen auf Bahnen des Rückenmarks steuert. Es wird angenommen, dass die Synapsen der peripheren Nervenfasern in der grauen Substanz des Hinterhorns liegen und dieser Bereich als Tor dient. Die Weiterleitung der Impulse zum Gehirn wird verhindert, wenn das Tor geschlossen ist. Eine Theorie besagt, dass bevor Schmerzempfindung möglich ist, der Schmerz ins Bewusstsein gelangen muss. Wird das Bewusstsein beeinflusst, verringert oder verstärkt sich auch die subjektive Intensität des Schmerzes. (Morof Lubkin 2002)

Qualitative Aspekte, wie Zeitdauer, Lokalisation und Intensität des Schmerzes werden in der Hirnrinde erkannt. Das zentrale Kontrollsystem befindet sich im Großhirn und stellt das kognitiv-bewertete System dar. Bisherige Erfahrungen mit Schmerz, Aufmerksamkeit und die aktuelle Schmerzempfindung und Wahrnehmung bewerten die ankommenden Schmerzreize. Die Schmerzreaktion ist somit nicht nur vom Schmerzreiz abhängig, sondern auch von der Reaktionsbereitschaft vom Organismus. Lebensgeschichtliche Erfahrungen haben Einfluss auf das Erleben und Verhalten von Schmerz. (Siemer 2000)

2.4.2. Das biopsychosoziale Konzept

Chronischer Schmerz wird heute als ein bio-psycho-soziales Gesamtphänomen aufgefasst. Dieses Konzept geht davon aus, dass das Phänomen selbst multidimensional ist und eine somatische, kognitiv-emotionale, behaviourale und sozial-kulturelle Ebene umfasst. (Kröner-Herwig 2000)

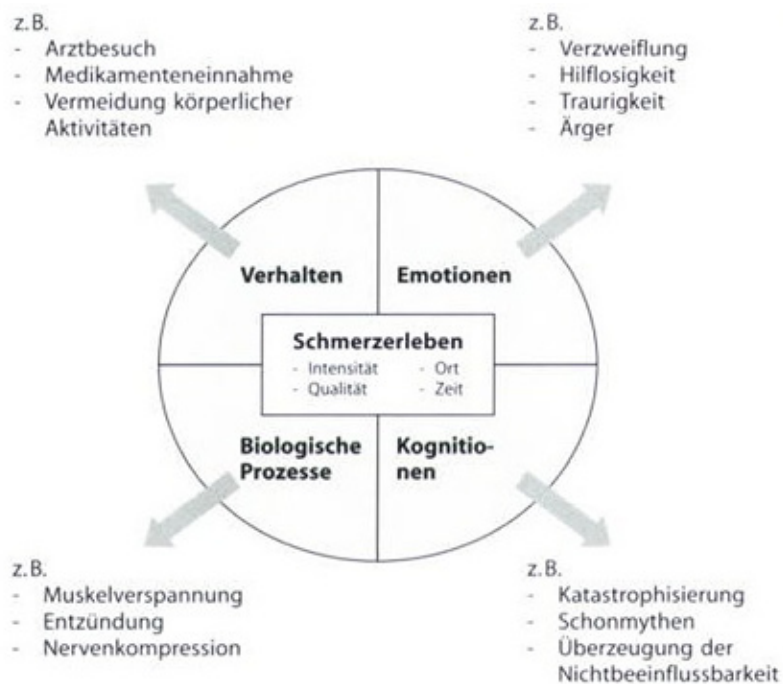


Abbildung 4: Multidimensionales Konzept des chronischen Schmerzes (Kröner-Herwig, 2004, S. 8)

2.4.3. Das fear-avoidance Modell

Bei vielen Rückenschmerzpatienten kommt es aufgrund kognitiver Überzeugungen über den Zusammenhang von Belastung und Rückenschmerzen zu einem Vermeidungs- und Rückzugsverhalten (Kröner-Herwig 2000). Eine Erklärung über diesen Prozess liefert das fear-avoidance Modell (Waddell et al., 1993) Viele Patienten mit Rückenschmerzen sind der Überzeugung, dass Aktivitäten, Belastungen und Bewegungen dem Rücken schaden und dieser der Auslöser oder Verstärker von Schmerz sind. Die Angst vor Schmerz führt zu einer Vermeidung von schmerzhaften Aktivitäten und führt schließlich zu einer ausgeprägten Immobilisierung. (Pfungsten 2011)

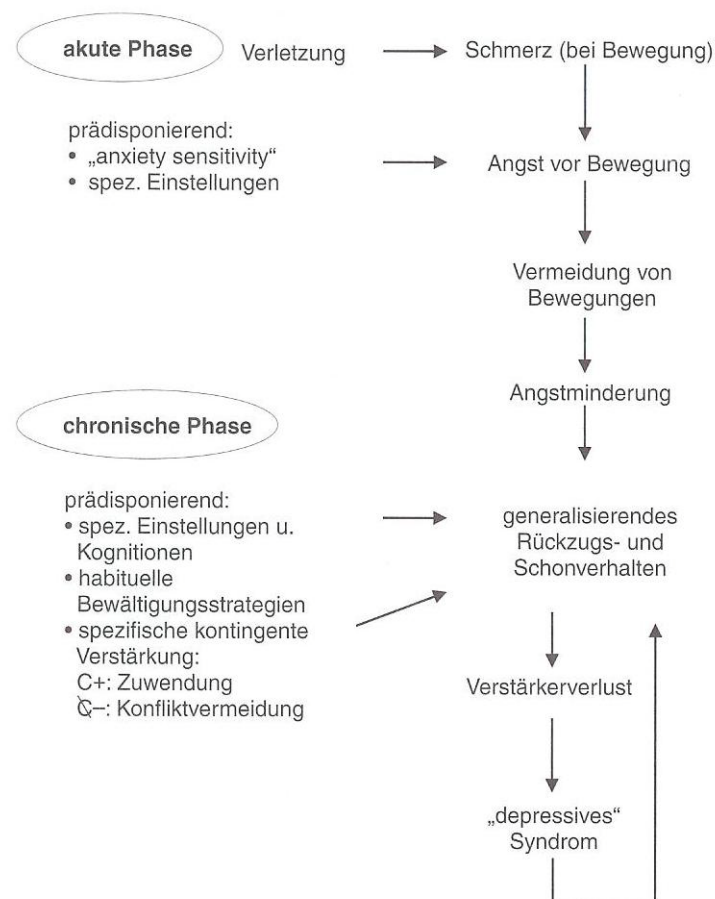


Abbildung 5: Chronifizierungsmodell nach Waddell et al. (Kröner-Herwig, 2000, S. 22)

Aus dem reduzierten aktiven motorischen Verhalten können sich spezifische Einschränkungen, wie körperliche Dekonditionierungen, Fehlhaltungen, Koordinationsstörungen, sowie erhebliche Schwächen wichtiger Muskelgruppen im Bereich des Rumpfes entwickeln. (Kröner-Herwig 2000, Pfingsten 2011)

Das generalisierte Rückzugsverhalten führt zu einem Verstärkerverlust, der das Vermeidungsverhalten verstärkt. Auf der psychosozialen Ebene kommt es zu einem sozialen Rückzug, zunehmender Angst, depressiven Symptomen und somit kann sich hier ein Teufelskreis – Circulus vitiosus ergeben, der zu einer Verfestigung der Krankenrolle und des Beeinträchtigungserlebens führt. (Pfingsten 2011)

2.5. Schmerzen ernst nehmen

Chronische Rückenschmerzen fordern nicht einzig den Erkrankten, sondern auch den Angehörigen und den involvierten Gesundheitsprofessionen eine ganze Reihe an Bewältigungs- und Interaktionsleistungen ab, deren Ergebnis auf den Krankheitsverlauf zurückwirkt. Der Verlauf ist geprägt durch das Handeln aller. (Schaeffer, Moers 2008)

2.5.1. Menschen mit chronischen Rückenschmerzen

Aufgrund seiner verschiedenen Komponenten und vielseitigen Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen, ist Schmerz schwer zu begreifen. Vor allem wenn er andauert, obwohl es keine eindeutige Ursache gibt oder der Grund für die Schmerzen nicht mehr vorhanden zu sein scheint. Die Menschen mit chronischen Rückenschmerzen sind oftmals stark emotional belastet und in vielfältigen Handlungen des täglichen Lebens eingeschränkt. Die Widersprüchlichkeit zwischen Befindlichkeit und Befund führt häufig zu Unzufriedenheit, Hilflosigkeit und geringer Motivation. Ihre Gedanken sind stark durch den Schmerz bestimmt. (Krohn, Spiekermann 2008) Die schwierige Aufgabe, die chronisch kranke Menschen zu meistern haben, ist laut Gryphonck, „das Leben über die Krankheit hinauszuheben.“

Auswirkungen auf das Leben der Betroffenen

Chronische Krankheiten haben meist eine lange Vorlaufzeit, bevor sie manifestieren. Da Krankheitssymptome zu Beginn nur zeitweise auftreten, wird die diagnostische Abklärung manchmal vermieden und die Schmerzen als nichts Ernsthaftes abgetan. Betroffene versuchen ihre Normalität so lange wie möglich zu erhalten, selber ihr Leben zu kontrollieren und den Schmerz zu unterdrücken. Die Unterdrückung der Schmerzen kann aber auch soweit gehen, dass Beschwerden vor dem Arzt oder der Ärztin verharmlost werden bis die Versuche an ihre Grenzen gelangen. (vgl. Schaeffer, Moers, 2008)

In diesen Fällen kann die Mitteilung der Diagnose einem Schock gleich kommen. Für andere wiederum kann die Gewissheit an chronischen Schmerzen zu leiden, auch eine Art Erleichterung sein.

Für fast jeden Menschen ist die Vorstellung belastend, das eigene Leben nicht mehr selbstständig regeln zu können, weniger geachtet und respektiert zu werden und Vielen nur mehr eine Last zu sein. (Frede 2007) Bei schweren Krankheiten, wie chronischen Schmerzen kann es leicht vorkommen, dass die Individualität als Mensch in den Hintergrund gestellt wird und man nur noch als „Schmerzpatient“ behandelt und angesprochen wird.

„Der Patient ist ...nicht mehr Herr seiner selbst, sondern Empfänger von Anweisungen, Objekt von Behandlungen“. (Diggelmann 1981, in Frede 2007)

Krankheitsverhalten

Das Krankheitsverhalten ist eine Reaktion auf das Auftreten von Krankheitssymptomen und beeinflusst den durch den Betroffenen individuell gesehenen Gesundheitszustand und den Grad der Behandlungsbedürftigkeit. Das Health Belief-Modell von Rosenstock (1966) zeigt, dass sich Einstellungen, persönliche Werte, Überzeugungen, frühere Lebenserfahrungen und gegenwärtig belastende Lebensereignisse, verändernd auf Handlungsweisen, Entscheidungen und Reaktionen im Hinblick auf die Krankheit auswirken. Dies erklärt, in welcher Weise gesundheitsbezogene Überzeugungen die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bestimmen. Eine gesundheitsfördernde Handlungsweise wird demnach erst eingeschlagen, wenn die Krankheit als Bedrohungen gesehen wird, schwerwiegende Auswirkungen auf das Leben hat und der Schweregrad der Erkrankung durch bestimmte Maßnahmen reduziert werden kann und diese weniger bedrohlich sind, als die Krankheit selbst. (Morof Lubkin 2002)

- Erneute Abweichung vom Normalzustand

Die Häufung des Auftretens von Symptomen löst beim Betroffenen das Gefühl aus Hilfe zu benötigen. Hausmittel werden gegenüber Hilfe von außen vorgezogen, wenn diese eine Linderung erzielen.

- Sichtbarkeit und Folgen

Wird ein Symptom als lebensbedrohlich angesehen, so wird in der Regel, ungeachtet anderer Faktoren, Hilfe gesucht. Hat die Erkrankung Auswirkungen auf wichtige Bezugspersonen, steigt ebenfalls die Bereitschaft Fremdhilfe in Anspruch zu nehmen. Stigmatisierung lässt, die Tendenz Hilfe zu suchen, sinken.

- Subjektiv wahrgenommene Ernsthaftigkeit und Schwere der Symptome

Die Einschätzung der Ernsthaftigkeit einer Krankheit hängt von der sozialen Schicht und den gesundheitsbezogenen Überzeugungen ab. Das Krankheitsverhalten wird bestimmt durch Aspekte, wie, die Auswirkungen auf soziale und berufliche Beziehungen, Stigmatisierung, Krankheitsverlauf und Genesungsrate.

- Einfluss der Verfügbarkeit von Behandlung und des Gesundheitssystems

Beeinflussende Faktoren, die hilfesuchendes Verhalten beeinflussen sind in Bezug auf das Gesundheitssystem und die Verfügbarkeit von Behandlungen die räumliche Entfernung, Kosten, Bequemlichkeit, Anstrengung und Furcht vor Diagnosen. Die oft hierarchische Behandlung kann sich ebenfalls auf die Bereitschaft auswirken, Krankheitsverhalten zu zeigen.

- Wissen über Krankheitssymptome und deren Bedeutung

Fehlt das Wissen über die Krankheit und können Symptome nicht richtig gedeutet werden, wird die Suche nach Hilfe ausbleiben.

- Kulturelle und soziale Erwartungen

Das Aufsuchen eines Arztes ist stark abhängig von kulturellen und sozialen Erwartungen. Sozioökonomische Schicht, Alter und Geschlecht beeinflussen die Deutung und Interpretation der Symptome. Ältere nehmen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch als Jüngere, und Frauen gehen häufiger zu einem Arzt als Männer. Die Beeinträchtigung in den Ausübungen wichtiger Rollen, ist ein Grund Symptome ernst zu nehmen.

Aus Sicht der Betroffenen berührt die Krankheit alle Dimensionen ihres Lebens. Die Schmerzen rufen viele Irritationen hervor, lösen Unsicherheiten aus und beschädigen dadurch das Leben der Erkrankten. Bei vielen wirft das die Frage auf, wie das durch die Krankheitsdiagnose irritierte Leben wieder zu normalisieren ist.

(Schaeffer, Moers 2008)

Individueller Umgang mit der Krankheitssituation (nach Schaeffer, Moers 2008)

- Das Leben auf die Krankheitsrealität zentrieren

Die Krankheit wird zum Identitätsersatz und die Patienten versuchen bewusst und verantwortungsvoll mit der Situation in ihrem Leben umzugehen.

- Die Krankheit dem Leben unterordnen

Die Patienten versuchen ihr gewohntes Leben aufrecht zu halten und die Krankheit bekommt dabei nicht mehr Raum als zwingend nötig.

- Neue Ausrichtung des Lebens

Krankheit wird als Chance gesehen, das Leben zu ordnen. Eine Kurskorrektur verhilft zu einer neuen Identität.

- Abwehr der Krankheitsrealität

Die Betroffenen versuchen die Kontrolle zu erhalten und die Krankheitsrealität wird kognitiv so weit wie möglich vermieden.

- Schicksalhafte Ergebnisheit

Die Diagnose über die chronische Krankheit wird stillschweigend hingenommen. Die Entscheidung über die Behandlung wird den Angehörigen der Gesundheitsberufe überlassen. Das eigene Leben wird getrennt von der Krankheit weitergeführt.

Die Strategien haben in erster Linie zum Ziel, das beschädigte Leben wieder zu reparieren. Die Bewältigungsbemühungen dienen dazu, aus dem Zustand von Erleiden, Unsicherheit und Kontrollverlust heraus zu kommen und das eigene Leben wieder in den Griff zu bekommen. Das vorrangige Interesse gilt nicht der Erkrankung. (Schaeffer, Moers 2008)

2.5.2. Ärzte und Ärztinnen

Durch den hohen Zeit- und Kostendruck wird das Blickfeld der Ärzte und Ärztinnen oft auf die Diagnosestellung eingeengt und häufig der/die PatientInn hinter der Diagnose vergessen. Faktoren, die für die Behandlung der Personen mit chronischen Rückenschmerzen so wichtig sind, werden oft nicht entdeckt und die Betroffenen in ihrer Ganzheit vernachlässigt. Die Medikalisierung des Phänomens hat zu einem Schmerzverständnis geführt, welches die Schmerzwahrnehmung, das Schmerzverhalten und die Schmerzerfahrungen häufig vernachlässigt (Bach, Aigner, Bankier 2001).

Arzt-Patienten-Beziehung

Die entscheidende Bedeutung der Arzt-Patienten-Beziehung hat bereits Beuler vor einem halben Jahrhundert formuliert.

„Die therapeutische Beziehung des Verhältnisses des Arztes zu seinem Kranken wird am Besten verstanden, wenn man es an der Bedeutung misst, die alle menschlichen Beziehungen für die Prägung der Persönlichkeit und für das Befinden haben: Wir werden zudem, was wir

sind, im Zusammenhang mit unserer Beziehung (...) Und unser alltägliches Befinden hängt weitgehend davon ab, wie unsere Beziehungen zu anderen sind und wie wir sie uns vorstellen.“ (Beuler 1943, in Rössler 2005)

In schwierigen Krankheitssituationen wird sichtbar, dass die jeweilige Krankheit nur ein Aspekt, die Persönlichkeit des Betroffenen und die des Arztes zwei weitere, auch so wichtige Faktoren für das Gelingen oder Scheitern einer Arzt-Patienten-Beziehung sind. (Buddeberg 2008)

Kommunikation über Schmerzen

In kaum einem Bereich der Medizin spielt die verbale Kommunikation eine so fundamentale Rolle, wie im Bereich der Diagnostik, Bewertung und Behandlung von Schmerzen. Zentrale Punkte für den Prozess der Schmerzchronifizierung sind Störungen in der intrapersonalen, aber auch in der interpersonalen Kommunikation. (Wippert, Beckmann 2009)

Eine Grundlage für hilfreiche Gespräche mit Patienten stellen laut Rogers die Variablen Empathie, Akzeptanz und Kongruenz dar:

– Empathie

Empathie ist Mitgefühl mit dem Gesprächspartner und dessen Schwierigkeiten. Empathie soll nicht Mitleid sein, sondern ein Verstehen der Erlebniswelt des Patienten ohne ihn zu lenken, belehren, interpretieren oder zu ermahnen. (Tausch u. Tausch 1990, in Kowarowsky 2011) Ein Arzt/eine Ärztin, der seinen Patienten/seine Patientin empathisch gegenüber tritt, wird mit sehr hoher Wahrscheinlichkeit viel weniger Betroffene, als schwierige Patienten/Patientinnen erleben. (Tomm 2011)

- Akzeptanz

Akzeptanz bedeutetet seinem Gegenüber mit Wertschätzung zu begegnen, bei aller kritischen Haltung gegenüber seinen Gedanken und Meinungen. Für einen Arzt/eine Ärztin ist es wichtig, dass er keineswegs alles gut findet, was der Klient sagt, entscheidend ist, dass keine Wertung entsteht. Fühlt sich ein Patient negativ bewertet, wird er mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem verschlossen und somit schwierigen Patienten. Spürt der Patient, dass er als Person geachtet und wertgeschätzt wird, wird er sich ohne Angst vor Ablehnung öffnen. (Tomm 2011)

- Kongruenz

„Wenn du versuchst, Therapie zu machen, wie ich es mache, wirst du schlechte Therapie machen. Wenn du versuchst, wie ich zu reden und versuchst, dich so zu bewegen wie und genau das zu tun, was ich tue, wirst du niemanden helfen können. Sei einfach du selbst.“ (Sánchez)

Bei der Behandlung von Patienten stellt es eine zentrale Rolle dar, dass Ärzte bewusst mit ihrer Authentizität umgehen. Der Arzt soll sich nicht hinter einer beruflichen Fassade verstecken, sondern der Patient soll spüren, dass er es mit einer Person selbst zu tun hat. Bemühen sich Angehörige des Gesundheitssystems um Kongruenz, hilft es dem Patienten seine Gefühle zuzulassen. (Tomm 2011)

2.5.3. Familie und soziales Umfeld

„Die Schmerzen hat man, an den Reaktionen der Umwelt leidet man“ so die Worte einer Schmerzpatientin. (Frede, 2007) Diese Aussage macht deutlich, dass das Umfeld für die Therapie von Menschen mit dauerhaften Rückenschmerzen sehr relevant ist. Denn, was das Leben mit chronischen Schmerzen oft so schwer macht, ist die Lage, in der sich der Betroffene befindet – eine Lage, die nicht nur durch ihn selbst, sondern auch durch soziale Gegebenheiten und Verhaltensweisen seiner Mitmenschen bestimmt ist. (Frede, 2007) Das Problem hierbei ist, dass Außenstehenden kaum vermittelbar ist, was es bedeutet an chronischen Schmerzen zu leiden. Weil Schmerzen nicht sichtbar sind, fehlen oft Akzeptanz und Verständnis für die Betroffenen. Die Gefühle der Angehörigen schwanken zwischen Hilflosigkeit, Mitleid und Ablenkung hin und her und manchmal ist das Umfeld genauso hilflos wie die Kranken selbst. (Pape 1997)

Chronische Krankheit betrifft die ganze Familie

Jede Krankheit, die sich ein Einziger zuzieht, beeinträchtigt unweigerlich auch die ganze Familie und deren Lebensqualität. Bei einer chronischen Krankheit hält diese Beeinträchtigung oft ein Leben lang an, vor allem wenn Familienmitglieder als Pflegende tätig sind, aber auch dann wenn sie nicht in die Pflege involviert sind. Familienmitglieder bilden nicht nur einen Teil der Umgebung des Patienten/der Patientin, sondern haben Einfluss welche Bedeutung der/die Betroffene der Krankheit schenkt. (Seidl, Walter 2005) In der Bewältigung chronischer Krankheiten spielt die Familie, im Prozess der Auseinandersetzung mit dem Schmerz und der Anpassung an die veränderte Lebenssituation, eine bedeutende Rolle. Vor allem emotionale Nähe, Zusammenhalt und Konfliktfreiheit in den familiären Beziehungen können die Krankheitsbewältigung positiv beeinflussen. (Buddeberg 2004)

3. DARSTELLUNG UND BEGRÜNDUNG DER METHODE

Durch diese Arbeit wurden die Erfahrungen, Meinungen und Gefühle von Personen mit chronischen Rückenschmerzen erforscht, daher wurde als Grundlage für diese Arbeit der qualitative Forschungsansatz ausgewählt. Mit qualitativer Forschung wird versucht, Phänomene des menschlichen Erlebens möglichst ganzheitlich und von innen heraus zu erfahren und zu verstehen (Mayer 2002).

Mit Hilfe qualitativer Forschung ist es möglich, Konzepte und Theorien zu entwickeln, die vom subjektiven Empfinden ausgehen und das individuelle Erleben beschreiben (Mayer 2002).

Aus diesem Grund scheint der qualitative Forschungsansatz für diese Arbeit passend, da dabei die Sichtweise der Menschen mit chronischen Rückenschmerzen berücksichtigt wird und auch auf ihre individuelle Umwelt, Bezug genommen wird.

3.1. Methode der Datenerhebung

Um tiefe Einblicke in gewisse Phänomene oder Situation in Bezug auf die Erfahrungen der Betroffenen zu gewinnen, stellt sich das qualitative Interview als passende Methode zur Erhebung der Daten dar (Mayer 2002).

Aus diesem Grund, wurde das offene, qualitative Interview für diese Arbeit ausgewählt.

Das qualitative Interview kann in verschiedene Arten unterschieden werden, wobei die Bekannteste die Unterscheidung nach dem Grad der Standardisierung ist. Das offene Interview bildet die idealste Form der qualitativen Befragung.

Als Unterstützung im Gespräch mit den Betroffenen kam ein Leitfaden zum Einsatz, der alle relevanten Themen der Forschung abhandelte. Er wurde aus folgenden Forschungsfragen abgeleitet:

- Inwieweit sind Menschen mit chronischen Rückenschmerzen in ihrer Lebensführung durch ihre Schmerzen beeinträchtigt?
- Wie reagieren Personen aus dem familiären Umfeld und dem Bekanntenkreis auf die Schmerzen?
- Inwieweit fühlen sich Menschen mit chronischen Rückenschmerzen von Angehörigen des Gesundheitssystems ernst genommen und verstanden?

Bei den ersten Interviews stellte der Interviewleitfaden eine große Unterstützung dar, um anfänglich Unsicherheiten zu überbrücken. Das Verhalten der Befragten erforderte individuelles Vorgehen, je nach Gesprächssituation.

Das Interview wurde nach Einstimmung der Betroffenen, mit Hilfe eines Tonbandgerätes aufgezeichnet.

3.2. Methode der Datenanalyse

Als geeignete Methode zum Auswerten der gesammelten Daten empfiehlt sich die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring. Ziele der qualitativen Inhaltsanalyse sind, die gesammelte Kommunikation zu analysieren und dabei regel- und theoriegeleitet vorzugehen und dabei Rückschlüsse auf bestimmte Aspekte der Kommunikation zu ziehen. (Mayring, 2008)

Vorgangsweise der qualitativen Inhaltsanalyse

1. Auswahl der Textstellen (Analyseeinheiten)
2. Paraphrasieren der inhaltstragenden Textstellen
3. Generalisierung der Paraphrasen
4. Reduktion durch Selektion und Streichung bedeutungsloser Paraphrasen
5. Reduktion durch Bündelung
6. Zusammenstellung der Aussagen zu Kategoriensystemen bestehend aus Prototypen
7. Rücküberprüfung am Ausgangsmaterial (vgl. Mayring, 2008, S. 60f)

In Anlehnung an die Schritte und um das Aufbereiten möglich zu machen, wurde das aufgezeichnete Interview in gesamter Länge transkribiert, mit einer Zeilennummer versehen und die GesprächspartnerInnen kodiert, um die Anonymität zu gewährleisten.

Im nächsten Schritt wurden die verschriftlichten Interviews nach der Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Ziel dieser qualitativen Analyse ist es, die gesammelten Daten so zu reduzieren, dass die wesentlichen Inhalte erhalten bleiben (Mayring, 2008).

3.3. Ethische Überlegungen

Bei der Methode der qualitativen Forschung bekommt man persönliche Einblicke in das Leben der betroffenen Menschen, was ethische Aspekte zu einem bedeutsamen Thema macht. Der Interviewer erhält vertrauliche Informationen und betritt dadurch die Privatsphäre der Untersuchungsteilnehmer. Daher ist die Einhaltung der Prinzipien ethischen Verhaltens vor allem bei der Forschung, die sich auf Menschen bezieht, von großer Wichtigkeit.

Nach Mayer (2002) kann man drei Faktoren des Persönlichkeitsschutzes definieren:

- Information und freiwillige Zustimmung
Die Teilnehmer an der Untersuchung haben das Recht auf Informationen und die Freiheit die Teilnahme an der Befragung zu verweigern und jederzeit aus der Untersuchung auszusteigen.
- Anonymität
Die Wahrung der Anonymität muss für jeden Teilnehmer gegeben sein. Weiters ist auf einen diskreten Umgang mit den Daten zu achten, so dass keine Rückschlüsse auf Einzelpersonen gezogen werden können.
- Schutz vor psychischen und physischen Schaden
Um das Risiko vor Schaden möglichst gering zu halten, ist eine vorausschauende Arbeit eine zentrale Aufgabe im Bereich der Forschung. Risiko und Nutzen einer Forschungsarbeit müssen abgemessen werden. (Mayer 2002)

In dieser Forschungsarbeit wurden Frauen und Männer mit ständigen Schmerzen und dadurch folgenden Einschränkungen in ihrer Lebensqualität untersucht. Es wurde großer Wert auf einen feinfühlig und rücksichtsvollen Umgang gelegt und die Rechte und Wünsche der InterviewpartnerInnen wurden berücksichtigt. Durch eine wertschätzende Atmosphäre während des Gespräches wurde Vertrauen aufgebaut, dass den Gesprächsverlauf positiv beeinflusste.

Alle Untersuchungsteilnehmer gaben ihr Einverständnis ab, über ihre Erfahrungen als Betroffene ein Gespräch zu führen. Weiters wurden sie über ihre Rechte aufgeklärt und erhielten Information über die Forschungsarbeit.

3.4. Datenauswertung

Beim Auswerten qualitativer Daten steht nicht wie bei einer statistischen Analyse der sachliche Prozess im Vordergrund, sondern Kreativität. Um die Inhalte und Zusammenhänge des gesammelten Materials zu verstehen, ist ein „Kommunizieren“ mit dem Text wichtig. Die qualitative Forschung ist ein aktiver Prozess, bei dem sich der Forscher auf einen Dialog mit dem Datenmaterial einlassen muss (Mayer 2002).

Die Zielgruppe der Befragung bildeten erwachsene Frauen und Männer mit chronischen Rückenschmerzen, die seit mindestens einem Jahr an dieser Krankheit leiden. Dies wurde als notwendiges Kriterium für die Auswahl in das Sample gesehen, da man nach 3-6 Monaten von einer Chronifizierung einer Krankheit spricht. Weitere Auswahlkriterien wurden nicht festgelegt, weil durch die Untersuchung Erfahrungen jeder Altersgruppe, sozialen Status und Geschlecht gewonnen werden sollten.

Um zu aussagekräftigen Ergebnissen zu gelangen, wurden mit sechs Personen Interviews geführt, die alle für die Forschung herangezogen wurden.

Zugang zu Menschen mit chronischen Rückenschmerzen wurde mit Hilfe eines Physiotherapeuten gefunden, der in einer Arztpraxis am Land, sowie in einem städtischen Krankenhaus arbeitet. Da Rückenschmerzen eine weit verbreitete Krankheit darstellen, war es kein Problem, Untersuchungsteilnehmer zu finden. Die Gespräche mit den TeilnehmerInnen wurden in für sie vertrauten Umgebungen, wie in der eigenen Wohnung, in einen Stammcafé oder am Arbeitsplatz durchgeführt.

Die Interviews dauerten zwischen 30 und 100 Minuten und wurden mit einer abschließenden Frage, die ihnen nochmal die Möglichkeit der Reflektion gab, zum Abschluss gebracht.

Im Anschluss folgte meist noch ein privates Gespräch mit den TeilnehmerInnen, was als Hypothese für ein großes Mitteilungsbedürfnis gedeutet werden kann.

Die Phase der Datenerhebung erstreckte sich von Jänner bis Juni 2011. Es wurde ein Probeinterview vor Beginn der Untersuchung mit den betroffenen Personen durchgeführt, um die Fragen auf ihre Verständlichkeit zu prüfen.

Übersicht über die TeilnehmerInnen an der Untersuchung:

	Alter	Geschlecht	Familienstand	Beruf	Schmerzen	OP
A	69	weiblich	verheiratet, Kinder	Landwirtin in Pension	20 Jahre	nein
B	41	weiblich	verheiratet, Kinder	Krankenschwester	11 Jahre	nein
C	35	männlich	verheiratet, Kinder	Angestellter	12 Jahre	ja
D	65	weiblich	verheiratet, Kinder	in Pension	11 Jahre	ja
E	49	weiblich	verheiratet, Kinder	Hausfrau, Putzfrau	13 Jahre	nein
F	57	männlich	verheiratet, Kinder	Abteilungsleiter, Amtsrat	15 Jahre	nein

Tabelle 2: Übersicht über die TeilnehmerInnen der qualitativen Untersuchung

4. ERGEBNISDARSTELLUNG

Die Datenauswertung ergab folgende Haupt- und Unterkategorien:

Das Leben mit chronischen Rückenschmerzen
▪ Die Lebenseinstellung beeinflusst den Umgang mit Schmerzen ▪ Veränderung der Lebenseinstellung ▪ Schmerzen sind mein Leben ▪ Meine Schmerzen, meine Angelegenheit
Auswirkungen auf das Leben
▪ Hilflosigkeit ▪ Hoffnungslosigkeit ▪ Aufgabe der Selbstständigkeit ▪ Finanzielle, berufliche und soziale Veränderungen im Leben
Medizinische Versorgung
▪ Vernachlässigung der ganzheitlichen Behandlung ▪ Überforderung der Ärzte/Ärztinnen ▪ Schwer zu verstehende Krankheit, schwierige Kommunikation ▪ Fachärzte und Fachärztinnen sind SpezialistInnen
Familie als Ressource und Belastung
▪ Wertvolle Angehörige ▪ Prägung der Kinder durch die Schockerlebnisse ▪ Unverständliche Schmerzen ▪ Veränderungen in der Familie

Bewegung ist Leben
▪ Ablenkung durch Sport ▪ Energie und Kraft durch Bewegung
Therapeutische Maßnahmen zur Schmerzlinderung
▪ Selbst aktiv sein nach der Behandlung ▪ Beruhigung durch therapeutische Maßnahmen ▪ Geld für den Körper investieren

Tabelle 3: Zusammenfassende Ergebnisdarstellung

Die im Rahmen dieser qualitativen Forschungsarbeit interviewten Personen haben einen schwierigen Weg hinter sich. Sie müssen alle ihren Alltag mit leichten bis schweren chronischen Rückenschmerzen meistern. Chronische Rückenschmerzen stellen eine subjektive Erfahrung und ein Erlebnisphänomen dar, welches das Leben der Patienten verändert.

Im Folgenden sollen nun die Erfahrungen, die die Menschen mit chronischen Rückenschmerzen gemacht haben, in verallgemeinerter Form und untermauert mit Zitaten aus den Interviews, dargestellt werden.

4.1. Das Leben mit chronischen Schmerzen

4.1.1. Die Lebenseinstellung beeinflusst den Umgang mit Schmerzen

Schon bei der Durchführung der Interviews hat sich beobachten lassen, dass die persönliche Lebenseinstellung der Menschen mit chronischen Rückenschmerzen, große Auswirkungen auf den Umgang und in Folge auch auf den Behandlungs- und Therapieverlauf von Schmerzen hat. Die Datenauswertung macht deutlich, dass die Sichtweisen und Überzeugungen, Einflussfaktoren für die Einnahme von Medikamenten, kontaktieren eines Arztes, und Bewältigungsstrategien sind.

„Und am Anfang, das ist einfach normal, dass man irgendwann mal Kreuzweh bekommt.“ (IPC/m/35)

Chronisch Kranke streben in vielen Fällen eine „Normalisierung“ an:

„Und irgendwann wird es halt dann zur Gewohnheit, dass wenn man viel gemacht hat, dass man es spürt im Kreuz. Und irgendwann denkst dir dann das ist normal, das gehört dazu.“ (IPC/m/35)

Die Kranken sprechen von einem Kampf, mit dem Schmerz fertig zu werden und nur ausnahmsweise zu Medikamenten zu greifen.

„...ja, im Grunde, kann man ja damit leben. Es ist halt nur nicht sehr angenehm. Und wenn es wirklich sehr arg ist, dann hau ich mir halt ein Antihistamin rein oder nehme ein Seratin oder zwei.“ (IPB/w/41)

Man sieht den Versuch, den Schmerz zu verdrängen und jede kleine Verbesserung zu schätzen und nur zum Arzt zu gehen, wenn es keine andere Lösung mehr gibt.

„Man verdrängt und verdrängt, dann ist es wieder einen Tag besser, wenn man weniger gearbeitet hat und dann bin ich halt doch mal gegangen, wenn es nicht mehr gegangen ist.“ (IPA/w/69)

Die Einnahme von Tabletten hängt häufig davon ab, ob Patienten Medikamente als Hilfe ansehen. Für viele sind Tabletten nur die Lösung, wenn sonst kein Mittel mehr für Besserung sorgt.

Eine Interviewpartnerin macht mit ihrer Aussage die Situation gut nachvollziehbar:

„Und (,) wenn es gar nicht mehr geht, nehme ich schon mal eine Tablette, aber nur wenn es wirklich gar nicht mehr geht. Aber momentan hab ich es eh im Griff. (,)Und ich bin sowieso kein Tablettenmensch, was nicht sein muss, nehme ich nicht und will ich auch nicht nehmen.“ (IP E/w/49)

Eine weitere Interviewpartnerin sagt:

„Weil bei der Landwirtschaft, da holst dir wieder was und dann geht es wieder ein paar Wochen und dann holst dir wieder was.“ (IPA/w/69)

Wie schnell und oft ein Patient/eine Patientin zum Arzt/zur Ärztin geht ist gekoppelt an die Lebenseinstellung und die Erfahrungen mit dem medizinischen Personal. Manche warten lange bis sie medizinische Hilfe in Anspruch nehmen.

„...Schmerzen, weiß nicht, eigentlich seit 10 Jahren. Aber so richtig arg seit einem Jahr und vor einem Jahr bin ich dann auch mal zu einem Arzt gegangen.“ (IP B/w/41)

4.1.2. Veränderung der Lebenseinstellung

Die Diagnose einer chronischen Erkrankung ist für viele Menschen die Chance ihr Leben neu zu ordnen.

„Ja, verändert in diesem Sinne, weil ich dann zu denken begonnen habe. Weil ich mir gedacht habe, ich muss was machen, ich muss mich bewegen. Ich muss ein wenig gehen, muss ein wenig (,) was machen dafür. Früher hat mich das alles gar nicht interessiert, s´sportln und so.“ (IPE/w/49)

4.1.3. Schmerzen sind mein Leben

Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, sind häufig einem Wandel unterworfen. Der Schmerz zwingt sie viele Rollen in ihrem Leben aufzugeben und zu einer Person zu werden, die sich nur noch als jemand sieht, der von Schmerz geplagt ist. (Morof Lubkin 2002)

Die Interviewteilnehmerin hat gut nachvollziehbar beschrieben, dass Schmerzen zu ihrem Alltag dazugehören:

„...und mit dem, was ich jetzt habe, muss ich leben. Und so tun wir halt dahin! Schmerzen, Schmerzen, Krankenhaus, wieder zu Hause.“(IPD/w/65)

Dieses Zitat macht deutlich, dass die Betroffene an ständigen Schmerzen leiden, die ihr Leben prägen. Es ist sichtbar, dass sie versucht ihr Leben trotzdem so gut wie möglich zu bewältigen. Strategien helfen dabei.

„Früher hat man in den Ort gehen müssen, nein, wenn ich heute gehen müsste, das wäre unmöglich. Ich bekomme ja auch soviel Kreuzweh beim gehen (,) die Wirbelsäule ist halt krumm. Die Wirbel sind schon sehr aufeinander, sehr dicht beisammen. Wenn ich sitze, dann tut es mir schon weh, besser ich halte mich nach vor, ist mir lieber. Man kommt eh selber drauf. Man muss halt so dahinleben, wichtig, dass es noch vorwärts geht. Dass man noch gehen kann, muss man das Beste draus machen aus dem was man noch hat.“(IPA/w/69)

Das Leben dreht sich nur noch um den Schmerz und wird vom Schmerz kontrolliert.

„Nuja, da tu ich halt wieder dahin mit Schmerzen und Tabletten. So geht es halt dahin, wieder zu meinem Hausarzt, wieder Infusionen, dann es ein wieder wenig leichter. Und kurze Zeit darauf ist es halt wieder das gleiche...also Schmerzen immer. Könnte nicht sagen, dass ich einmal fünf Minuten ohne Schmerzen wäre. Es ist höchstens so, dass sie manchmal etwas leichter sind...“ (IPD/w/65)

4.1.4. Meine Schmerzen, meine Angelegenheit

Bei den Interviews mit den Betroffenen wurde deutlich, dass es für viele nicht selbstverständlich ist über ihre Schmerzen zu sprechen. Patienten die an chronischen Schmerzen leiden, wollen oft ihr Umfeld nicht noch zusätzlich belasten und behalten ihre Gefühle und Ängste für sich. Das Mitteilen der Schmerzen hat jedoch große Relevanz, denn nur so können dem sozialen Umfeld Verhaltensweisen aufgrund von Schmerzen verständlich gemacht werden.

Eine betroffene Frau sagte zu diesem Aspekt:

„Ja, ich lauf auch nicht herum und erzähle es allen. Dass es die anderen nicht unbedingt interessiert ist eh klar.“ (IPB/w/41)

Eine andere Frau sagte Folgendes über die Kommunikation mit den Menschen in ihrer Umgebung:

„...das ist ja das Problem, erzähl ja niemanden was davon...“ (IPD/w/65)

Eine Frau hat schlechte Erfahrungen gemacht, über ihre Schmerzen zu reden, sie kann nur warnen davor, aber es ist schwer für sie.

„Man redet nicht immer davon, ich will auch nicht ständig reden davon. Wenn man ständig daran denkt, ist auch nicht gut...ist gut, wenn man abschalten kann. Wenn es ganz schlimm ist, hat man es eh immer im Kopf, weil da spürt man es eh immer. Und sonst, denke ich gar nicht zu oft daran. Man muss ich immer einreden, es geht einem eh gut.“ (IPE/w/49)

4.2. Auswirkungen auf das Leben

Die Begrenzung der Handlungskapazität und des physischen Leistungsvermögens werden auf Ebene des körperlichen Befindens als Beeinträchtigung bei chronischen Schmerzen gesehen.

Auf der psychischen Ebene wirkt sich Schmerz mit erheblichen Beeinträchtigungen des psychischen Wohlbefindens aus. Chronische Schmerzen wecken existenzielle Ängste und rufen Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit hervor (Müller-Mundt 2008).

4.2.1. Hilflosigkeit

Diese Ohnmacht und Hilflosigkeit mit der viele Schmerzkranken leben müssen, ist groß. Die fehlende Diagnose führt die nachstehend interviewte Frau immer mehr in die Situation ihren Schmerz beweisen zu müssen:

„ Und dann haben sie mich wo angehängt (Pause) und dann hab ich gesagt, haben sie wieder nichts gefunden und habe zu weinen begonnen.“ (IPD/w/65)

Obwohl psychosoziale Prozesse oft wesentlich an der Chronifizierung beteiligt sind, wird der psychischen Komponente in der primär kurativ ausgerichteten medizinischen Versorgungspraxis bei einer untergeordneten Bedeutung zugeschrieben.

Die Schmerzen zwingen den interviewten Herren zu glauben, dass sein Körper kein Ganzes mehr ist. Angst und Hilflosigkeit kommen durch seine Worte gut zum Ausdruck:

Zu den Empfindungen insgesamt, die persönlichen Gefühle...es war schon so. Häufig, besonders wenn es mir ganz schlecht gegangen ist, da hab ich immer das Gefühl gehabt, und das war wahrscheinlich auch psychisch, ich breche in der Mitte ab. Also ich war sportlich früher, ich habe Sperr geworfen, ich habe Fußball gespielt und ich habe nie geglaubt, dass es dieses Gefühl überhaupt gibt. Man geht und denkt sich, der untere Teil gehört zum oberen nicht mehr dazu. Und immer die Angst, da ist es irgendwann aus, die Verbindung reist ab. Das spielt sich natürlich im Kopf ab. Weil es war gar keine Veranlassung da, aber trotzdem...es sind Gefühle, die einfach unheimlich blöd sind. Wo man selber Angst bekommt. Angst ist ja immer unbegründet in Wirklichkeit. Man hat Angst und da war völlig ... eine Angst, die unbegründet war. Das waren ganz einschneidende Gefühle und jahrelang ständig das Gefühl, in Wirklichkeit kann dir keiner helfen.
„ (IPF/m/57)

4.2.2. Hoffnung

Hoffnungslosigkeit besteht, wenn sich Verzweiflung aus der Wahrnehmung entwickelt, dass ein Ausweg aus der gegenwärtigen Situation nicht möglich ist. Oft bleibt den Betroffenen nur die ewige Gegenwart. (Corbin, Strauss 2010)
Menschen mit chronischen Rückenschmerzen leben schon Jahre, oft Jahrzehnte mit ihrer Krankheit. Die Hoffnung auf ein schmerzfreies Leben nimmt dabei ständig ab.

Eine Frau kämpft schon seit 13 Jahren um Schmerzfreiheit. Durch diese lange Zeit ist die Hoffnung auf ein Leben ohne Schmerzen kaum mehr vorhanden, eine Verbesserung wäre für sie schon was Besonderes.

„Ich denke mir zwar, dass es vermindert bleibt. Oder manchmal denk ich mir, es wird wieder mal die Zeit kommen, wo es wieder ganz schlimm wird. Und vielleicht wird es noch ein wenig besser, aber dass ich sie ganz wegbekomme, das spielt es bestimmt absolut nicht mehr. Da kann ich wirklich tun was ich will, dass glaub ich nicht, dass (,) da musste schon ein Wunder geschehen, Ich mit, ich hab seit 13 Jahren Rückenschmerzen und hab schon wirklich viel probiert...“ (IPE/w/49)

Auf die Frage, wie groß die Hoffnung auf ein schmerzfreies Leben ist, sagte eine Frau folgendes:

„Früher hast du noch mehr Mut gehabt, aber jetzt bin ich auch schon so, dass mich nichts mehr freut (,) muss ich immer in Schmerzen leben. Es ist keine Hilfe bei mir, hab ich mir gedacht. „ (IPA/w/69)

Zu Beginn glauben die Kranken noch an ein Leben ohne Schmerzen, doch je länger die Schmerzen andauern, umso geringer wird der Glaube daran.

„Da hab ich mir schon gedacht, dass es wieder weggeht. Aber dann...is halt nicht. Also ich glaub nicht, also weggehen wird es nicht mehr.“ (IPB/w/41)

Durch die Bestätigung des Arztes/derÄrztin, hat die Frau, die Hoffnung auf ein schmerzfreies Leben aufgegeben.

„Aber halt auch nicht schmerzfrei und das sagt der Arzt, Oberarzt (,) das ich schmerzfrei sowieso nie wieder werde. Im Gegenteil, es kann immer schlimmer werden...“ (IPD/w/65)

4.2.3. Aufgabe der Selbstständigkeit

Chronische Schmerzen zwingen Betroffene in eine Lage, in denen es ihnen nicht möglich ist, Handlungen durchzuführen, die mit ihren Selbst verbunden sind. Sei es die Unfähigkeit als Hausfrau, den Haushalt zu regeln, seinen Beruf als Lehrer nicht ausführen zu können oder einfach, die Aktivitäten des täglichen Lebens nicht erledigen zu können. Wie stark die Identität durch den Verlust beschädigt ist, hängt davon ab, wie viele Aspekte des Selbst verloren sind. (Corbin, Strauss 2010)

Für diese Frau bedeutet nicht mehr in die eigene Kleidung zu kommen, ein Stück ihrer Unabhängigkeit aufzugeben.

„Und das war höllisch. Das war wirklich höllisch, weil ich mir gedacht habe, ich komme nicht mal mehr in die Kleidung hinein oder irgendwas.“ (IPE/w/49)

Die Gefahr eines Autonomieverlustes schildert die interviewte Frau ausführlich:

„...ich kann weder kochen, weil ich nicht stehen bleiben kann, ich kann nicht mehr in die Badewanne hinein, teilweise (,) es gibt Tage, da kann ich mich nicht mehr selber anziehen. Wäsche in die Waschmaschine und wieder heraus, das geht noch gerade, aber (,) sonst ist nicht mehr viel los mit mir.“ (IPD/w/65)

4.2.4. Finanzielle, berufliche und soziale Veränderungen im Leben

Eine chronische Erkrankung erfordert möglicherweise eine langfristige medizinische Versorgung, die lebenslange Einnahme von Medikamenten oder eine Veränderung der Lebensweise, bezüglich Arbeitsplatz, sozialer und anderer Aktivitäten oder physischer Umgebung.

Ständige Rückenbeschwerden bedeuten für eine Interviewteilnehmerin, dass sie ihren Beruf nicht ständig ausführen kann. Sie ist gezwungen eine Umschulung zu machen.

„Ich mach ihn zurzeit noch, aber ich schau mich schon um. Schau mal ob es eine Ausbildung gibt für Lehrberufe, weil Jahrelang schaffe es sich er nicht mehr.“ (IPB/w/41)

Für eine Patientin, die schon seit 11 Jahren an Rückenschmerzen leidet, war es notwendig in ein barrierefreies Haus zu ziehen:

Ja, in die Badewanne kann ich nicht hinein (,) aber ich habe eine Behindertendusche, falls was sein sollte, wurde alles schon gemacht. Drum haben wir auch keine Stufe im Haus. Damit ich mit dem Rollstuhl überall hinkönnte, aber ich hoffe, dass mir das nicht passiert, lieber so noch weiter leben. (IPD/w/65)

4.3. Medizinische Versorgung

4.3.1. Vernachlässigung der ganzheitlichen Behandlung

Für Menschen mit chronischen Schmerzen ist es besonders wichtig, dass sich Ärzte/Ärztinnen und Pflegende ihres Leidens und ihrer Person „als Ganzes“ annehmen. Nach Thomm (2011) ist chronischer Schmerz ein Puzzle aus medizinischen, psychologischen und sozialen Anteilen, die gesammelt, sortiert und zu einem Ganzen zusammengefügt werden müssen, um zu einer Diagnose zu gelangen. Folgend kann eine passende Therapiemaßnahme ausgewählt werden. Die Akteure des medizinischen Versorgungssystems sollen auf die subjektive Befindungslage, Probleme und Ängste eingehen. (Müller-Mundt 2008)

Das medizinische Personal reagierte auf die Schmerzen und Lähmungserscheinung einer Betroffenen nicht adäquat. Die Frau erhielt keine Hilfe, sondern wurde persönlich angegriffen. Die Patientin fühlte sich mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen, der Arzt wehrte sich vielleicht gegen seine eigene Hilflosigkeit, indem er die Schuld der Patientin zuschiebt und dieser sogar Aggravation vorwirft:

*Da haben sie mich dann untersucht (,) da ist dann der Primar gekommen und hat mir gesagt, das gibt es nicht, dass man über Nacht nicht mehr gehen kann und (,) soll mich herstellen am Boden gescheit und soll gehen. Das ist Unmöglich oder wollen sie jetzt ein Attest von mir, dass sie nicht mehr arbeiten müssen. Freut ihnen das Arbeiten nicht mehr, spielen sie mir deswegen ein Theater vor. Und das vor allen Patienten ... wenn ich gekonnt hätte, wäre ich wahrscheinlich vom Fenster gesprungen, so fertig war ich damals.“
(IPD/w/65)*

Überforderte Ärzte bringen mit ihren Aussagen Betroffene in hilflose Situationen, wie dieses Zitat zeigt:

*„Aber selbst dort bei der ärztlichen Untersuchung hat sich der Arzt alles angesehen und gesagt, ob das ein Vorfall ist, über das lässt sich streiten. Also da hab ich mir gedacht ... was soll ich jetzt?“
(IPF/m/57)*

Dieser Patient erhielt von seinem Arzt immer stärkere Medikamente zur Behandlung seiner Schmerzen, anstatt auf seine subjektive Befindungslage einzugehen und den Patienten zu fragen, was er eigentlich möchte.

*„... schon der erste Arzt so behandelt, dass er mir Schmerzmittel gegeben hat. Und zwar immer stärkere und da kann ich mich erinnern, an einem Besuch bei ihm. Das war spät am Abend, so um sieben Uhr. Und ich komme hinein und kann kaum mehr gehen, kann die Beine nicht mehr heben und er gibt mir die nächst stärkeren Tabletten. Ich hab dann gesagt, das kann ja nicht sein. Bin dann gegangen und hab die Pulverchen nicht genommen...“
(IPF/m/57)*

Eine andere Interviewpartnerin erwähnt diesbezüglich dieses Ereignis. Sie wollte einfach nur, dass ihr geholfen wird.

„... das Theater was da im anderen Krankenhaus war, muss ich mir nicht mehr einfallen lassen (,) sonst nehmen sie mich auch nicht mehr. Ich kann ja gar nichts dafür! Ich wollte nur was (,) weil ich es nicht mehr aushalte. (IPD/w/65)

Weiter erwähnt sie die Wichtigkeit von den Ärzten und Ärztinnen erst genommen zu werden:

„... ich finde, dass sie einfach mehr auf die Patienten eingehen sollten und dass du nicht das Gefühl bekommst, du bist ein Hypochonder, sondern, sie sollen das richtig ernst nehmen. Wenn du so dahin tust und solche Schmerzen hast, du hast wirklich bei vielen Ärzten das Gefühl, jaja (,) es ist schon recht, es passt schon.“ (IPD/w/65)

Kranken ist es wichtig, dass ihr Arzt ihnen mit Empathie und Wertschätzung gegenübertritt und sie in die Behandlung miteinbezieht. Es ist ihnen wichtiger vom Arzt/von der Ärztin ernst genommen zu werden, als sofortige Hilfe zu erhalten.

„Und fühlt man sich angenommen und verstanden. Da gibt's auch Rückmeldung, bei anderen Ärzten passiert es manchmal, man stellt eine Frage und bekommt nicht mal eine Antwort. Ist mir auch schon passiert. Und als guten Arzt sehe ich immer diesen, durch meine Erfahrungen, der auf das eingeht, was ich sage. Der das ernst nimmt, auch wenn er nicht gleich helfen kann, aber er nimmt es ernst. Dann fühlt man sich auch gut aufgehoben dort. (IPF/m/57)

Viele der interviewten Patienten wünschen sich von Seiten der Ärzte mehr Zeit für die Behandlung. Bei einer orthopädischen Behandlung fühlte sich ein Patient kaum mehr als Mensch, denn man wird häufig nur mehr als Nummer hinter einer Tür gesehen.

„Das sind die ... die Orthopäden, die haben eine Fließbandabfertigung. Da kommt man hinein und man hat von Anfang an den Eindruck der will einen nur mehr los werden. Schnell, schnell. Am besten eine Spritzerl dort, ein Spritzerl da und ... möglichst schnell wieder ins nächste Zimmer. Und dann haben so verschiedenen Zimmer, der jetzige den ich habe, hat drei Zimmer. Und dann geht er von einem Zimmer ins nächste. Während sich der andere anzieht, kann sich der andere schon wieder ausziehen. Das ist wirklich wie am Fließband.“ (IPF/m/57)

Auch folgende Patientin wünscht sich, dass Ärzte/Ärztinnen mehr Interesse zeigen, was auch im Zitat deutlich ersichtlich ist:

*„Und die Ärzte, eh wie ich gesagt habe, einfach mehr Zeit nehmen und ein wenig (,) ich denke mir, es tut schon gut, wenn man spürt, das dem meine Geschichte interessiert. Oder, dass man das Gefühl hat er hört zu. Wenn man schon das Gefühl gar nicht hat ...“
(IPE/w/49)*

Nach einer Bandscheibenoperation beschreibt der Interviewpartner die Betreuung während des Aufenthalts im Krankenhaus mit folgenden Worten:

„..., dass sich ein Patient zu maschinell behandelt fühlt ... die Nachbetreuung gibt es bei so einem Chirurgen nicht mehr. Das macht dann der Orthopäde oder was weiß immer. Also der tut nur aufschneiden, heraus damit, zunähen und fertig. Am nächsten Tag kommt er kurz vorbei und man kann halt fragen, wie es gelaufen ist und da hat er eh schon so eine Skizze, die drückt er jedem in die Hand. Aber da merkt man, der hat nicht viel Zeit, der fackelt nicht lange herum.“ (IPC/m/35)

Erkrankte erhoffen sich von Ärzten Hilfe zu bekommen, doch Tabletten und Spritzen führen nur im ersten Moment zu einer Linderungen der Schmerzen.

„Da waren die Schmerzen so heftig, dass ich gesagt habe, ich muss was machen, Da bin ich dann zum Orthopäden, hab noch einen Akuttermin bekommen und der hat mir Infiltrationen gegeben. Das hat zwar einen Tag geholfen, aber danach waren die Schmerzen wieder da.“ (IPC/m/35)

Gründe für einen Arztwechsel sind aus Sicht der Interviewpartner, häufig, das Verschreiben von Medikamenten. Diese Patientin will die Autonomie nicht abgeben und selber entscheiden welche Hilfe sie annimmt.

„Grund für einen Arztwechsel kann auch sein, wenn dir ein Arzt massenhaft Medikamente verschreibt, dass will ich nicht. Das will ich selber entscheiden.“ (IPB/w/41)

Für einen Herrn war ebenfalls die hohe Ausgabe an Medikamenten der Grund einen neuen Arzt aufzusuchen. Das Zitat macht die Situation verständlich:

„...das war der springende Punkte, dass er nur mehr mit Schmerzmittel gewerkt hat. Also Spritzen, die eh ganz gut geholfen haben, aber eben nur dann nicht mehr. Und immer schwere Medikamente und wenn ich die genommen habe, dann war ich weg. Da kann man nicht mehr Autofahren, da kann man nicht mehr arbeiten gehen, da geht einfach nichts mehr. Die sind wirklich böse stark. Und da bin ich eben dann zu dem gegangen...“ (IPF/m/57)

Durch das niedrige Angebot an Ärzten/Ärztinnen am Land, wird ein Arztwechsel nicht so schnell in Betracht gezogen und über eine inadäquate Behandlung hinweg gesehen.

Ja (,) mein Gott, es ist öfters was. Aber ich könnte eigentlich nichts sagen. ... wir kannten schon ihn Senior und den jetzt und ich denke auch gar nicht dass ich wechseln würde. Ich sag immer, misslingen kann einem jeden was, und ist auch öfter schon gewesen, aber ... (IPA/w/69)

Eine von sechs Interviewpartnern hat den Gesichtspunkt der geschlechterunterschiedlichen Behandlung in Bezug auf das Ernst nehmen vom medizinischen Personal angesprochen. Schmerzen werden auch weniger ernst genommen, wenn man einer Berufsgruppe angehört, bei denen die Krankheit gehäuft auftritt.

Ernst genommen? Weiß nicht, ob sie es ernst genommen haben. Also ich habe schon den Eindruck, das es einen Unterschied macht, wenn mein Mann hingeht wegen Schmerzen oder ich wegen Schmerzen zum Arzt gehe. Ich habe schon die Erfahrung gemacht, dass es einen Unterschied macht, ob du ein Mann oder eine Frau bist. Ja, und wenn du Krankenschwester bist, dann ist das allgemein so, dass das hingenommen wird. Es ist halt so ... dass stellt nicht so ein Problem dar, weil das haben ja alle. Und das stimmt ja ...“ (IPB/w/41)

4.3.2. Schwer zu verstehende Krankheit, schwierige Kommunikation

Als grundlegendes Problem bei der Versorgung von Patienten mit Schmerzen kristallisierten sich die Schwierigkeiten in der Schmerzkommunikation heraus. Diese Frau will einen Autonomieverlust in Bezug auf die Behandlung nicht hinnehmen. Sie möchte gemeinsam mit dem Arzt entscheiden, wie der Prozess der Behandlung ablaufen soll.

„Er verschreibt dir eine neue Tablette und aus (,) dass sie richtig mit dir reden und dass sie dich auch fragen, was könnten wir tun oder wissen sie irgendwas, was wir miteinander machen könnten (,) mehr informieren ... mehr Zeit nehmen eingehen auf den Patienten.“ (IPD/w/65)

Negative Erfahrung hat dieser Herr in der Kommunikation mit seinem Arzt gemacht. Erst durch sein Alter wurde er ernst genommen.

„...in der Zwischenzeit bin ich soweit, dass er mit mir spricht. Vielleicht kommt das auch mit dem Alter.“ (IPF/m/57)

Dieses Zitat macht deutlich, dass es für Ärzte nicht selbstverständlich ist, mit dem Patienten über ihre Erkrankung zu sprechen. Der Interviewteilnehmer muss um Antworten vom Mediziner kämpfen.

„...und jetzt zwingt mich ich ihn einfach Stellung zu nehmen und ein wenig mit mir zu reden. Aber es ist tragisch. Aber eigentlich ist es schade, warum muss der Patient schauen, dass der Arzt mit einem spricht.“ (IPF/w/57)

Auch erwähnt der Herr noch folgendes:

„Es sollte schon der Arzt schauen, was ist die Befindlichkeit. Ich kann mich erinnern, dass mit dem abbrechen, hab ich mindestens fünf mal gesagt, aber nichts ... er hat nicht reagiert darauf, null.“ (IPF/m/57)

Diese Patientin musste erfahren, dass der Arzt wenig Interesse an ihrem Gesundheitszustand hatte.

„Ich könnte über keinen schimpfen. Ja, vielleicht erwartet man sich von einem, den man, ich meine da jetzt einen ... wenn man 30 Jahre in Behandlung ist, Patient ist, dass er mal nachfragt, und hat es geholfen? Oder, wie geht es dir, oder so. Des war da absolut nicht. Ich denke mir immer, dass gehört auch dazu. Das sie sich informieren, ... „ (IPE/w/49)

Nach einem Arztwechsel sagt die Patientin dazu:

„Und wo ich jetzt bin, der fragt mich jedes mal ... da geh ich nur zur Physiotherapie ... aber fragt mich jedes mal, und wie geht es dir. Und da denke ich mir, dem interessiert das wenigstens ... meine Geschichte. Wenn du das Gefühl hast, dem ist das eh völlig egal, dann (,) also ich finde schon, dass das auch was beiträgt. Wenn

sich jemand Zeit nimmt und mit dir redet und ... es ist ganz wichtig finde ich.“ (IPE/w/49)

Um einer Chronifizierung entgegenzusetzen ist für den Umgang mit Kreuzschmerzen eine ganzheitliche Sicht notwendig. Dies setzt einen Wechsel von der traditionellen hierarchischen Arzt-Patienten-Beziehung zu einer therapeutischen Haltung voraus, die von einer Partnerschaftlichkeit und der Zusammenarbeit mit dem Patienten geprägt ist.

„...man müsste selber mehr Mut haben, den Ärzten widersprechen, wenn was ist (,) so ist das nicht, so geht das nicht. Aber du traust dir ja nicht, erstens schmeißen sie dich dann eh gleich raus, wenn du gescheiter bist wie der Arzt, dann ist es besser du gehst heim. Du kannst dich eigentlich nicht richtig (,) ganz selten muss ich sagen, mit einem Arzt unterhalten und richtige Information heraus bekommen ... wahrscheinlich stehen sie dementsprechend unter Zeitdruck.“ (IPD/w/65)

4.3.3. Überforderung der Ärzte und Ärztinnen

In den Gesundheitsberufen gehören oft Zeitdruck, Hektik, Schichtarbeit, Konflikte und ein manchmal erdrückendes Arbeitspensum zum Alltag.

Dieses Zitat macht deutlich, dass die Frau von einem völlig überforderten Arzt in Bezug auf Wissen und Zeit untersucht wurde. Anstatt Hilfe zu bekommen erfuhr die Frau Hilflosigkeit.

„Der Doktor, der mich da untersucht hat, hat währenddessen fünf andere Sachen gemacht. Und dann hat er wieder vergessen, über was er schon mit mir gesprochen hat. Wieder gegangen, wieder gekommen (,) also der war komplett überfordert mit mir.“ (IPD/w/65)

Diese Frau wurde vom Krankenhaus abgewiesen, da sie laut eigener Aussage nichts mehr für sie tun können.

„Im Krankenhaus haben sie dann gesagt, ich brauche nicht mehr kommen, weil sie sind am Ende. „ (IPD/w/65)

Aus Ratlosigkeit wurde die Patientin nicht behandelt, sondern lange Zeit nur getröstet. Die folgende Schmerzinfusion linderte kurzfristig ihre Schmerzen, aber nicht ihr Leid.

„Und die haben mich dann herum geschoben, von einer Seite auf die andere. Nein, bei uns wird das nicht gemacht! Dann bin ich wieder auf eine andere Station gekommen und da haben sie mich dann die ganze Zeit herum gefahren. Die Rettung ist dann auch schon wild geworden (,) ob sie jetzt dann was machen, ob sie mich hier lassen können. Sie haben mich dann doch in ein Bett gelegt ... nach Langem dann eine Schmerzinfusion angehängt, weil ich schon geweint habe, vor lauter Schmerzen. (IPD/w/65)

Dieser Herr hatte während der Behandlung das Gefühl, dass der Arzt nur arbeitet, um Geld zu verdienen. Das Gesundheitssystem zwingt sie dazu, auf einen ganzheitlichen Behandlungsansatz zu verzichten.

„Also, den Ärzten werfe ich ganz massiv vor, dass sie sich viel zu wenig Zeit nehmen. Aber das liegt wieder ... jetzt bin ich böse aufs ganze Gesundheitssystem. Das ist so ausgelegt, das ein Arzt die Fließbandarbeit machen muss. Sonst kann er nicht leben oder nicht reich werden. Offenbar liegt ihnen mehr daran viel Geld zu scheffeln als Menschen zu heilen.“ (IPF/m/57)

Ein Interviewpartner sprach über volle Wartezimmer und einer schnellen Abfertigung:

„Wenn der Arzt nur zwei Minuten für mich hat als Patient, weil draußen geht das Wartezimmer über, dann habe ich nichts davon.“ (IPF/m/57)

4.3.4. Fachärzte und Fachärztinnen sind SpezialistInnen

Im Folgenden wird ein Interviewpartner zitiert, der Beruhigung beim Hausarzt in Form von Medikamenten findet. Vom Facharzt wird professionelle Hilfe erwartet.

„Ja also ... ich glaub, der Hausarzt kann einfach nicht das Wissen haben. Da geht man normalerweise immer zuerst hin und der gibt dir dann immer Pulverl oder sonst irgendwas. Oder irgendwelche Schmerzmittel ... das ist am Anfang vielleicht ganz beruhigend, aber wenn es wirklich schlimm wird, sollte man gleich eine Facharzt aufsuchen.“ (IPC/m/35)

Die Auswahl des Arztes stellt eine wichtige Entscheidung für den interviewten Herrn dar.

„Also die Stufen Hausarzt, Orthopäde, Chirurg da merkt man schon wie einer spezialisiert ist auf so einem Gebiet.“ (IPC/m/35).

Diese Frau sieht im praktischen Arzt keinen Spezialisten für chronische Erkrankungen.

„...und der praktische Arzt, kennt sich einfach nicht aus. Ist ja auch nicht sein Gebiet.“ (IPB/w/41)

4.4. Familie und soziales Umfeld – Ressource und Belastung

Das soziale Umfeld der interviewten Personen hat für deren Umgang mit der Krankheit eine zentrale Bedeutung. Die erfahrene oder nicht erfahrene Unterstützung hat Einfluss auf die psychischen und physischen Auswirkungen der Schmerzen sowie die Entwicklung der Bewältigungsstrategien. Werden Betroffene von ihrem Umfeld ernst genommen, unterstützt sie dieses erhaltene Verständnis dabei, mit den chronischen Rückenschmerzen besser umzugehen und zu lernen diese in ihr Leben zu integrieren.

4.4.1. Wertvolle Angehörige

Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass für Betroffene die Familie eine wichtige Quelle emotionaler und sozialer Unterstützung darstellt. (Morof Lubkin 2002)

Die meisten interviewten Betroffenen sehen in ihrem Ehepartner die größte Unterstützung:

Und meine engste Familie, meine Frau ... ja logisch ... wir haben zwei Kinder. Die kennt mich ja auch schon länger und weiß, dass ich oft schon Schmerzen gehabt habe. Und die hat mich auch immer aufgebaut.“(IPC/m/35)

Durch Verständnis und Unterstützung wird den Betroffenen geholfen einen besseren Umgang mit den Rückenschmerzen zu erlernen. Angehörige geben den Erkrankten das Gefühl nicht alleine mit den Schmerzen zu sein.

*„Und mein Mann ist eigentlich lieb und kümmert sich darum.“
(IPB/w/41)*

Eine große Ressource sieht dieser Patient in seiner Frau, nur durch sie fühlt er sich wirklich verstanden.

*„Ich habe das Glück, dass ich ganz eine tolle Frau habe, die das auch versteht. Und, ja ... die hat das wirklich ernst genommen.“
(IPF/m/57)*

Aus der Nähe zu ihren Kindern schöpft die Frau viel Kraft. Sie fühlt sich mit ihren Schmerzen nicht allein gelassen.

„Ich muss sagen, mit meinen Angehörigen ... das ist ein Traum. Ich habe zwei Kinder, zwei Söhne. Einer wohnt gleich da unten im Haus mit seiner Familie und einer ist in Linz. Und mein Mann(,) zuerst haben wir ja dort gewohnt und von dort weg hat sich mein Mann eigentlich schon immer um mich gekümmert. Hat alles gemacht ... und die Kinder, sehr, sehr brav.“ (IPD/w/65)

Für Kinder ist der veränderte Gesundheitszustand oft selbstverständlich. Sie lenken die Betroffenen von ihrem Alltag ab und bringen Freude in ihre Leben.

*Und auch meine Enkeln, die eine ist fünf Jahre und der Bruder 2 ½ Jahre (,) die nehmen recht Rücksicht auf mich. Die Kleine, tut mich massieren und Oma, ich hole es dir eh ... und der Kleine lernt natürlich davon und Oma, gib mir die Hand, ich helfe dir. (lach)“
(IPD/w/65)*

Die Angehörigen übernehmen Hilfeleistungen, die vom Einkaufen, der Haushaltsführung bis hin zur Versorgung rund um die Uhr reichen. Durch chronische Krankheit verändern sich die Rollen der Ehepartner. Der Klient kann bestimmte familiäre Rollen, die er früher ausgeführt hat, nicht mehr wahrnehmen. (Morof Lubkin 2002)

Durch die Krankheit kann diese Interviewteilnehmerin den Haushalt nicht mehr alleine regeln. Ihr Mann erledigt Aufgaben, die für die Patientin eine zu große Herausforderung darstellen:

„Ja das ist meine Familie, die zu mir halten. Und mein Mann, der muss ja wirklich alles machen, ...“ (IPD/w/65)

Eine andere Frau sagt über die Mithilfe ihrer Familie im Haushalt folgendes:

„Ja, wenn es dir wirklich schlecht geht, dann hilft dir jeder und wenn es dir wieder besser geht, dann wird es schnell wieder vergessen. Aber ich bin auch nicht so der Typ der ständig sagt, ich hab immer Rückenschmerzen, ich kann das nicht machen und das nicht machen. Ich will das auch nicht. Wenn es mir wirklich schlecht geht und ich nicht gehen kann, dann hilft ein jeder mit. Dann nehmen mir sie schon die Arbeit ab, die nicht gehen. Absolut, da gibt's nichts.“ (IPE/w/49)

4.4.2. Prägung der Kinder durch die Schockerlebnisse

Das Zusammenleben mit Menschen oder die Pflege der Menschen, welche an chronischen Schmerzen leiden, kann bei deren Angehörigen zu Angstgefühlen führen. Die Ängste beziehen sich hauptsächlich auf den Gesundheitszustand des Betroffenen, auf die Auswirkungen der Krankheit und Pflege auf andere Familienmitglieder und sind schließlich gefolgt von der Sorge über die Erschöpfung finanzieller Mittel.

Ein betroffener Vater von Zwillingen sagt dazu:

„Ja, und die Kinder ... die haben sich das alles gemerkt, Sie haben mich auch besucht im Krankenhaus und das war halt für so dreijährige Mädchen schon sehr einschüchternd.“ (IPC/m/35)

Auch litt dieser Herr oft doppelt an Schmerzen. Für ihn kamen zu den Rückenproblemen auch noch die Schmerzen seine Kinder nicht tragen zu dürfen.

„Vor allem habe ich sie nicht heben dürfen. Man sollte ja nach der Operation maximal drei Kilo heben. Und wenn du zu einem kleinen Kind sagst, ich darf dich nicht heben ... da bricht eine kleine Welt zusammen. Und das war dort schon sehr prägend für die Kinder. Also, wenn sie rauf wollen und ich sage zu ihnen, ich habe Rückenschmerzen, also Rückenauweh, dann fragen sie jetzt nicht mehr nach. Das haben sie sich gemerkt.“ (IPC/m/35)

Für Kinder stellt es eine schwierige Situation dar, wenn sie ihren Vater leiden sehen und keine Hilfe möglich ist. Durch den offenen Umgang mit dem Thema Schmerz, sieht der Patient jedoch keine Belastung für die Familie. Das folgende Zitat geht deutlich auf diesen Aspekt ein:

„...und natürlich sind die Kinder da geschockt, wenn der Papa da umfällt und sich am Boden windet und man kann da einfach nicht aufstehen, es geht einfach nicht. Man liegt auf der Erde und ... einfach nicht bewegen, greift mich nicht an. Diese kleinen Schockerlebnisse sicher, aber im Großen und Ganzen, dass man jetzt sagt .. das man die Familie wirklich belastet hätte, da glaub ich nicht. Nein, nein ... eigentlich nicht.“ (IPF/m/57)

Dadurch, dass Schmerzen zum Leben ihres Vaters dazugehören, haben die Kinder gelernt ihren Rücken zu schonen. Der Teilnehmer sagt dazu:

„Aber sie haben auch gelernt, dass man aufs Kreuz aufpassen muss. Auf das haben wir besonderen Wert gelegt.“ (IPF/m/57)

4.4.3. Unverständliche Schmerzen

Solange die Krankheit nicht sichtbar ist, ist es schwierig vom Umfeld Verständnis und Unterstützung zu erhalten. Eine Interviewteilnehmerin musste diese kränkende Erfahrung machen. Ihre Worte machen die schwierige Situation in der sich Patienten mit Schmerzen befinden deutlich:

*„Ja, es ist mal so gewesen, da bin ich auch ein Stück gegangen, ja da gehst einmal und naja (,) heute hast du mal gehen müssen, sonst fährst du eh immer mit dem Auto. Man fürchtet es halt auch, wenn du gehen musst und tut dir eh alles weh. Und das fühlt niemand (,) fühlen tun es erst jetzt die, die jetzt auch was haben. Aber es kann niemand fühlen den Schmerz (,) jetzt mit dem Schlaganfall, sind sie enttäuscht gewesen. Weil ich mal gesagt habe, mir ist nicht mehr gut, zur Nachbarin (,) ich bin nicht mehr ich, so viele Schmerzen. Und sind sie erst drauf gekommen, dass ich nicht umsonst geredet habe. Ich schon oft gesagt, ich sag zu niemanden mehr was, weil es glaubt mir je eh niemand ... es glaubt mir eh niemand (,) wenn man es selber nicht spürt, glaubt man es auch nicht. Die glauben ich muss auch so laufen können (,)“
(IPA/w/69)*

Die Familie ist mit der Diagnose und mit den folgenden Auswirkungen oft überfordert. Ein Interviewpartner kann verstehen, dass es nicht einfach ist, etwas zu glauben, was man nicht sehen kann.

„Natürlich (,) die Familie kann auf so eine Information auch nicht reagieren. Was fangen die mit so einer Info an? Wenn man nicht selber Kreuzweh gehabt hat, weiß man das nicht.“ (IPF/w/57)

Oft müssen Familienmitglieder erst lernen, wie man mit jemanden zusammenlebt, der unter chronischen Rückenschmerzen leidet.

„Mein Vater hat mir erzählt was ihm alles weh tut. Mein Bruder hat das alles ein wenig dramatisiert. Und ja ... meinen Kindern ist es egal natürlich.“(IPB/w/41)

Die Verständnislosigkeit alleine, stellt schon eine schmerzhaft Erfahrung dar. Diese Frau, war für ihr Umfeld beim Beginn ihrer Krankheit schlichtweg zu jung um Unterstützung zu erlangen. Viele haben das Bild verinnerlicht, nur alte Menschen leiden an Krankheiten.

Nuja (,) zum Beispiel, sie glauben es ja nicht recht. Die anderen rennen mit den Steckern und sind um 10 Jahre älter und glauben man soll selber auch so laufen können. Wenn es nicht mehr geht ...“ (IPA/w/69)

Der Schmerz ist eine subjektive, individuelle und persönliche Erfahrung. Daher ist es unmöglich, die Schmerzen anderer Personen nachzuempfinden. Am meisten Verständnis erwartet sich dieser betroffene Herr, von Menschen, die auch schon mal ähnliche Erfahrungen gemacht haben.

„Ja...vor allem glaub ich, dass Leute, die so was schon mal gehabt haben mehr mitfühlen können.“ (IPC/m/35)

4.4.4. Veränderungen in der Familie

Unter chronischen Schmerzen leidet nicht nur der Betroffene, sondern die ganze Familie. Oft wirkt sich die Erkrankung eines Ehepartners auch nachteilig auf den anderen aus. Die Bewältigungsstrategien der Ehepartner unterscheiden sich kaum. Beide Partner sind einem größeren Risiko für emotionalen Stress oder Depression ausgesetzt. Auch Probleme in der Ehe durch Unzufriedenheit treten auf. (Morof Lubkin 2002)

Bei einer der befragten Patientinnen leidet auch ihr Partner an chronischen Rückenschmerzen. Die beiden befinden sich in der schwer zu bewältigenden Situation, dass oft Unzufriedenheit auf Unzufriedenheit trifft.

„Ja schon, vor allem zur Familie. Wann er stärkere Schmerzen hat streiten wir mehr, wann ich stärkere Schmerzen habe, streiten wir mehr und wenn das zeitlich versetzt ist, dann streiten wir halt öfter. Man wird halt grantiger.“ (IPB/w/41)

Im Folgenden wird ein weiterer Interviewpartner zitiert, der über die Doppelbelastung seiner Frau spricht:

„Natürlich war sie da letztes Jahr rund um die Uhr im Einsatz. Die hat nicht nur die Kinder zu betreuen gehabt, sondern auch mich.“ (IPC/m/35)

Auch sagte der Betroffene dazu:

„Ja, ich glaube es war schon sehr belastend eine Zeit für sie. Weil man nie zur Ruhe kommt. Die Kinder sind jetzt drei Jahre, sind Zwillinge ... da kommt schon was zusammen.“ (IPC/m/35)

Bei einer Krankheit steht meistens nur der Betroffene im Mittelpunkt. Die Angehörigen für die diese Situation oft genauso belastend ist, werden oft vergessen. Am treffendsten hat dies folgender Interviewpartner formuliert:

„Und was sie mir mal erzählt hat, die Verwandten oder Bekannten fragen immer, wie es den Patienten geht, aber eigentlich nie, wie es dem direkten Umfeld geht. Und ... das hab ich erst dann gemerkt, als ein Bekannter bewusst sie gefragt hat, wie es ihr eigentlich geht, bevor er mich gefragt hat. Und das muss schon sehr wichtig sein für einen Partner. Das er merkt, das er selber auch in einer anderen Lage ist.“ (IPC/m/35)

Chronische Krankheiten haben Einfluss auf die Eltern-Kind-Beziehung. In manchen Situationen zu einer Rollenveränderung, wo Eltern auf die Unterstützung ihrer Kinder angewiesen sind. Die Kinder dieses Interviewpartners lernten schon von klein auf, dass sie Rücksicht auf ihren Vater nehmen müssen:

„Natürlich, die Kinder haben schon gewusst, überanstrengen und gewisse Dinge kann der Vater halt nicht.“ (IPF/m/57)

Eine häufig geäußerte Sorge von Patienten ist, dass vor allem die Lebenspartner angesichts der Dauerhaftigkeit und Unberechenbarkeit des Schmerzleidens in zunehmendem Maß beansprucht wird. (Müller-Mundt 2008)
Diese Patientin sah sich zu diesem Zeitpunkt als Plage für die Familie:

„Das war eine Plage für meine Familie, weil da wir da noch nicht gewohnt haben, nirgends war es Rollstuhl gerecht eingerichtet.“ (IPD/w/65)

4.5. Bewegung ist Leben

Kommt es zum Chronifizierungsprozess und akute Rückenschmerzen werden zu chronischen, müssen Betroffene lernen diese Beeinträchtigung in ihren Alltag zu integrieren und versuchen Lösungen zu finden. Das Wissen über die Krankheit entwickelt sich nicht von heute auf morgen, sondern wird ihnen zum Teil von professionellen Helfern vermittelt und ist auch das Ergebnis von persönlichen Erfahrungen, welche die Betroffenen über die Jahre gesammelt haben. Menschen die an chronischen Schmerzen leiden, wissen was ihrem Rücken gut tut. Bewegung empfinden die meisten interviewten Menschen mit chronischen Schmerzen, als eine positive Auswirkung auf ihren Rücken.

4.5.1. Ablenkung durch Sport

Wird die gesamte Aufmerksamkeit auf andere Reize, als auf die Schmerzempfindung gelenkt, kommt es zu einer Ablenkung vom Schmerz. Wird einem anderen Sinnesreiz mehr Konzentration geschenkt, wird der Schmerz als weniger intensiv, erträglicher und akzeptabler wahrgenommen. (Morof Lubkin 2002)

Für die meisten interviewten Patienten ist Bewegung der wichtigste Faktor, um kurz aus dem schmerzdominierten Leben zu entfliehen. Die Ablenkung durch Sport beeinflusst laut dieser Teilnehmerin auch die Inanspruchnahme von medizinischen Dienstleistungen:

„Mann muss sich einfach irgendwas suchen (,) die Stunde walking, man muss ein paar Sachen leisten und dann geht es einem einfach besser. Dann brauch ich auch weniger zum Doktor gehen, ich sage es, wie es ist.“ (IPE/w/49)

Für eine betroffene Frau, die in ihren Freizeitaktivitäten durch ihre ständigen Schmerzen sehr eingeschränkt ist, ist schwimmen ein guter Ausgleich. Sie fühlt sich im Wasser sehr leicht und kann so ihre Schmerzen vergessen.

„...und schwimmen, das tu ich sehr gern und tut mir auch gut...“

(IPD/w/65)

Durch Bewegung treten Schmerzen in den Hintergrund, darum versucht diese Betroffene ihre Schmerzen durch Bewegung zu lindern.

„Wenn ich mich mehr bewege, dann weniger. Wenn ich nichts tu, dann mehr. Also ich muss mich bewegen.“ (IPE/w/49)

4.5.2. Energie und Kraft durch die Bewegung

Der folgende Erkrankte hat gelernt, dass Bewegung wichtig ist, um seine Muskulatur zu kräftigen und so seinen Schmerzen entgegenzuwirken. Tägliche Übungen sind für ihn die beste Medizin.

„...und eine private Physiotherapeutin hat mir auch sehr geholfen. Das hab ich auch selber zahlen müssen. Und die hat mir an und für sich nur vier oder fünf Übungen gezeigt, von denen ich heute noch jeden Tag welche mache. Jeden Tag in der Früh, das kann man auch im Bett machen, das ist kein Problem. Das sind ganz einfache Übungen, dauern sechs bis sieben Minuten und das kräftigt in Wirklichkeit nur die innere Muskulatur. Und mit diesen komme ich bis heute durch...das sind Sachen, die mir wirklich helfen.“

(IPF/m/57)

In der Bewegung findet diese Frau Kraft und Energie um gegen ihre Schmerzen zu kämpfen.

„Ja, des ist ... was mit am allermeisten hilft, das ist's walking gehen, ab und zu ein wenig laufen und nicht zu viel herum liegen

und faul sein. Immer in Bewegung sein, ist das Beste, bin ich drauf gekommen.“ (IPE/w/49)

Eine positive Auswirkung auf Rückenschmerzen durch Bewegung nimmt auch diese Interviewteilnehmerin wahr:

Wenn ich ein Stück gegangen bin, ich hab halt so Kreuzweh bekommen (,)furchtbar ... aber (,) jetzt hab ich so Stöcke, aber die passen auch nicht, jetzt hab ich mir vorgestern Neue gekauft und da ist ganz anders gehen damit (,) mit den Stecken, die sind gerecht. Tochter hat es mir dann gezeigt, gestern (,) wenn es recht kalt ist, geh ich aber nicht. Heute bin ich ein wenig Rad gefahren, einen Heimtrainer hab ich auch, wenn ich im Winter nicht raus komme, dann fahr ich Radl. Das die Füße in Bewegung kommen, es hilft schon ein wenig (,) Energie für mich und man bekommt mehr Kraft...“ (IPA/w/69)

Durch die Bewegung fühlen sich die Patienten aktiv. Sie vergessen ihre Schmerzen und dringen für eine Zeit in ihr „normales“ Leben ein.

„Und das war gut, denn ich war schon von dieser Gruppentherapie schon so hergestellt, ich wusste schon was gut ist und ich hab auch schon Muskelmasse aufgebaut .. und dann hab ich das bei der Reha eigentlich nur verstärkt. Ich war da auch schon wieder laufen, jeden Tag 1 ½ Stunden. Also, ich war da voll drauf.“ (IPC/m/35)

Bewegung stellt sich als eine der wichtigsten Bewältigungsstrategien der interviewten Patienten heraus. Eine Teilnehmerin formuliert dies sehr treffend:

„Ja, und einfach bewegen. Bewegen ist leben, sagt mein Mann immer“ (lacht) Und das stimmt...“ (IPE/w/49)

4.6. Therapeutische Maßnahmen zur Schmerzlinderung

4.6.1. Selbst aktiv sein nach der Behandlung

Bei therapeutischen Maßnahmen sollte ein wichtiges Ziel sein, den Transfer in den Alltag zu gewährleisten. Erlernte Übungen sollten zu Hause eigenständig durchgeführt werden können.

In diesem Zitat kann man gut erkennen, dass für den Betroffenen, eine Behandlung nur dann einen Nutzen hat, wenn man aktiv teilhaben kann.

„ Ich glaube, ich habe bestimmt 100 Behandlungen gehabt, Bestimmt 100, bis ich drauf gekommen bin, in Wirklichkeit hilft nicht dieses passive behandeln, sondern wenn man aktiv etwas selber macht.“ (IPF/m/57)

Ein Teilnehmer am Interview drückt durch seine Worte aus, dass erst wenn die Krankheit als Bedrohung des Lebens angesehen wird, viele mit der Suche nach Hilfe beginnen. Die Patienten können an diesem Punkt selbst viel beitragen, in welche Richtung ihre Krankheit sich entwickelt.

„ Und wenn man gleich zu Beginn das ernst nimmt und Therapien macht, turnen tut ... wäre das vielleicht gescheiter. Aber wenn du keine Schmerzen hast, machst du nichts. Ich geh sogar noch weiter und sage, wenn du Schmerzen hast, machst du auch nicht gleich was. Erst, wenn die Schmerzen soweit gehen, dass man nicht mehr kann, macht man was.“ (IPC/m/35)

Weiter meinte er, dass jeder Patient die Verantwortung hat, selber aktiv zu sein:

„Aber es sagt dir ein jeder und das sagt auch er, das ist nur eine Akutbehandlung. Er nimmt dir die Schmerzen, bis zu einem gewissen Maß. Und je öfter man geht umso lockerer wird man.

Aber es ist nur eine Akutbehandlung sagt er, weil er genau weiß, dass die meisten Leute zuhause nicht turnen. Man sagt zwar man turnt. Macht aber nichts.“ (IPC/m/35)

Diese Aussage ist geprägt von jahrelangen Schmerzen, die gezeigt haben, dass das Meiden von körperlicher Aktivität sich negativ auswirkt.

„Helfen tut nur das, wenn man selber in die Birne hinein bekommt, ich muss was machen, damit ich die Rückenmuskulatur kräftige und das Korsett da gescheit halten kann.“ (IPF/m/57)

Eine Frau hat durch Ausprobieren unterschiedlicher Therapien schon viele Erfahrungen gemacht. Sie findet in der passiven Behandlung keine Linderung.

„Weil mit Strom und mit Rotlicht, dass hat mir gar nichts genützt. Also ich hab dann schon mit mehr Massagen und ich habe jetzt einen Sportarzt, der so homöopathische Sachen spritzt und der taugt mir sehr. Natürlich nur, wenn es extrem ist, dann lass ich mir was spritzen, aber sonst mir dem Zeugs, Rotlicht ... hat mir nicht geholfen. S'turnen und bewegen ist das Beste, also für mich das aller Beste.“ (IPE/w/49)

4.6.2. Beruhigung durch therapeutische Maßnahmen

Für viele Patienten und Patientinnen sind alternative Therapien ein Weg der Schmerzbewältigung. Sie erfahren dadurch die Beruhigung etwas gegen die Schmerzen gemacht zu haben.

„...und die haben mir auch diesen Wunderheiler empfohlen. Der bei ihnen scheinbar geholfen hat. Es ist auf jeden Fall nicht schlechter geworden, ich hab keine negativen Auswirkungen von dieser Behandlung gehabt, ob es mir geholfen hat, weiß ich auch nicht. Ich habe es aber vor, auf jeden Fall damit weiterzumachen. Es ist zwar

nicht ganz billig und man soll es öfter machen. Ich mach mir halt immer einen Termin aus, so in etwa alle acht Wochen. Ja. Ob es mir was bringt weiß ich nicht, aber es ist nicht schlecht. Ich habe ein gutes Gefühl dabei.“ (IPC/m/35)

Von der verschriebenen Therapie erwarten sich die meisten interviewten Patienten mit chronischen Rückenschmerzen keine Heilung, sondern eine Linderung ihrer Probleme. Die betroffene Patientin nimmt die Therapie gerne in Anspruch, da sie Hilfe erfährt.

„Ja, es hilft schon (,) die Dehnungen und die Bewegungen, es haben halt die Griffe schon, dass des wieder lindern können. Weg bringen, sag ich, wenn mal ein Abnützung ist (,) beim Rücken, man bringt es nicht mehr ganz weg. Aber man kann es lindern und das hilft einem trotzdem immer wieder.“ (IPA/w/69)

Der Aspekt der Linderung ist auch in dieser Aussage zu erkennen:

„Ja, dann hab ich wieder (,) beim Physiotherapeuten, dass ich so Massagen mache und ja (,) das hilft auch, aber nur ... eine kurze Erleichterung.“ (IPD/w/65)

Jeder Patient hat unterschiedliche Bedürfnisse. Es ist wichtig, dass jeder eine Strategie findet, um sein Wohlbefinden zu steigern.

„ Was ich probiert habe. Ja, von einem Doktor zum nächsten und da hin und dort hin. Und mit Strom und mit (,) auf das halte ich aber gar nichts mehr, weil ... eh nichts bringt. Ja und ...Kur, Tageskur. So Tageskuraufenthalte, Moorpackungen, alles mögliche halt. Aber ich bin irgendwie drauf gekommen, wenn man (,) selber muss man sich einfach wohl fühlen, dann (,) ich weiß nicht, wie ich das sagen soll (,) wenn es einem schlecht geht, man darf sich nicht schlecht fühlen, weil dann geht es einem automatisch schlecht. Man muss sich einfach irgendwas suchen (,) die Stunde walking, man muss

sich ein paar Sachen leisten und dann geht es einem einfach besser.“ (IPE/w/49)

Um in Bewegung zu bleiben und der Angst vor Einschränkungen entgegenzuwirken, sind Patienten oft ständig in Behandlung. Diese individuelle Bewältigungsstrategie lässt sich auch im nächsten Zitat wiederfinden:

„Naja, ich muss halt jetzt immer was tun, das denk ich mir jetzt und ich bin froh, dass es jetzt wieder so geworden ist. Das ich mich wieder bewegen kann. Und ich geb nicht auf mit den Schmerzen, ich mach (,) es gibt soviel (,) der eine Masseur macht es so, der andere so.“ (IPA/w/69)

Die Angst, dass die Schmerzen ihr Leben einmal komplett beeinflussen könnte, ist auch im nächsten Zitat zu erkennen. Mit fortwährenden Therapien möchte man diesen entgegenwirken.

„wenn ich diese Therapie beendet habe, habe ich was Neues begonnen. Beim Hausarzt, die Therapien aufgehört und mit Physiotherapie begonnen oder ich gehe massieren. Oder (,) irgendwas mach ich immer.“ (IPE/w/49)

Im Folgenden wird eine Frau zitiert, die über ihre Erfahrungen mit Heilpraktikern spricht:

„Ich muss sagen, ich geh schon lieber zu einem Arzt, der mehr Erfahrung hat, als wie die Heilpraktiker. Das hab ich wieder ganz aufgehört. Das ich mir da von jemanden in die Augen schauen lasse...“ (IPE/w/49)

Zu diesem Punkt sagte sie weiters:

„Ja, das hab ich auch ausprobiert, und ich denke mir, dass macht es oft noch blöder. Denn, die sagen dir dann Sachen, wo du erst wieder zum krübbeln anfängst und ich denke mir, ich gehe lieber zu einem Arzt, der das gelernt hat und (,) auch von den Medikamenten, alles mit Maß und Ziel.“ (IPE/w/49)

Entspannung bietet keinen Ersatz für die Verabreichung von Medikamenten oder anderen Maßnahmen der Schmerzbewältigung, sollte jedoch zusätzlich angewendet werden. Durch Entspannung kann die Spannung in den Muskeln und anderen Strukturen herabgesetzt werden. Weiters kann dadurch eine psychische Beruhigung und geistige Abschaltung bewirkt werden. Entspannung durchbricht den Teufelskreis von Stress, Schmerz, Muskelverspannung und Angst. (Morof Lubkin 2002)

„Ja des (,) ich nehme jetzt weniger Schmerzmittel, nur höchstens eine schmerzstillende Tablette, wenn ich recht vü (,) mehr Einreibungen, da hab ich so Salben, fest einreiben, das lindert auch. Oder mit Johanniskrautöl einreiben (,) einreiben, das es wieder weicher wird. Des hilft schon lindern und wenn es recht Schmerzen sind, dann leg ich mich nieder. Dann wird es auch wieder besser, dann ist es eine Entspannung.“ (IPA/w/69)

4.6.3. Geld für den Körper investieren

Die Kosten für privat zu finanzierende Therapien können zu Einschränkungen in anderen Bereichen führen. Ob dies zu einer Belastung führt, ist abhängig von der Einstellung des Betroffenen und seiner Familie.

In dieser Aussage lässt sich erkennen, dass Schmerzen zu einem sozialen Rückzug führen. Geld wird in Therapie investiert und führt zu einer Einschränkung in der Freizeitgestaltung.

„Und dann hat eh die Physiotherapeutin gesagt, wenn du es dir leisten kannst, geh alle Monate zur einer Therapeutin, die dir gut tut. Mach das, und ich werde es auch wieder machen ... und im Sommer, wo man mehr angestrengt ist, dass man alle Monate mal geht. Das kann ich wagen. Das ist mir lieber, als wenn ich in den Urlaub fahre ich hetze mich hinunter (,) weil man schafft es ja nicht mehr.“ (IPA/w/69)

Dieser Patientin spricht davon, dass es wichtig ist, sich zusätzlich Therapien zu leisten und Geld lieber in seinen Körper zu investieren.

„Sechsmal bekommt man ja bezahlt von der Krankenkasse und dann musst du es dir aber selber zahlen. Aber ich denke mir, man gibt oft anders viel Geld aus, also, das ist schon drinnen. Das kann man sich schon leisten, dass man das von mir aus 12-mal in Anspruch nimmt. Und dann gehst halt jeden Monat einmal und das taugt mir. Auf das halte ich auch wahnsinnig viel.“ (IPE/w/49)

Im Folgenden wird ein Interviewpartner zitiert, der über seine Erfahrungen von Kassaärzten und privaten Ärzten berichtet:

„...und ich glaub über die Therapien habe ich auch schon ... geredet. Ist eigentlich für die Wurst. Es soll sich jeder einen suchen, der wirklich gut ist und eine wenig Geld in die Hand nehmen.“ (IPF/m/57)

Neben diesem Aspekt sprach er auch noch einen anderen Punkt in diesem Zusammenhang an:

„Immer wenn man wohin geht, wo die Kassa zahlt, wird man nicht sehr gut betreut. Greift man in den Sack und zahlt sich privat etwas, geht es besser.“ (IPF/m/57)

5. ABSCHLIESSENDE ERKLÄRUNG

Im Zentrum der vorliegenden Arbeit steht die Frage, ob Menschen mit chronischen Rückenschmerzen von Angehörigen des Gesundheitssystems und ihrem sozialen Umfeld ernst genommen werden und Verständnis und Unterstützung erfahren. Auch der eigene Umgang mit den Schmerzen steht im Fokus. Im folgenden werden die Erkenntnisse der Analyse noch einmal mit Hilfe eines Modells dargestellt werden. Es soll verdeutlicht werden, welche unterschiedlichen Faktoren auf das mehrdimensionale Phänomen Schmerz einwirken.

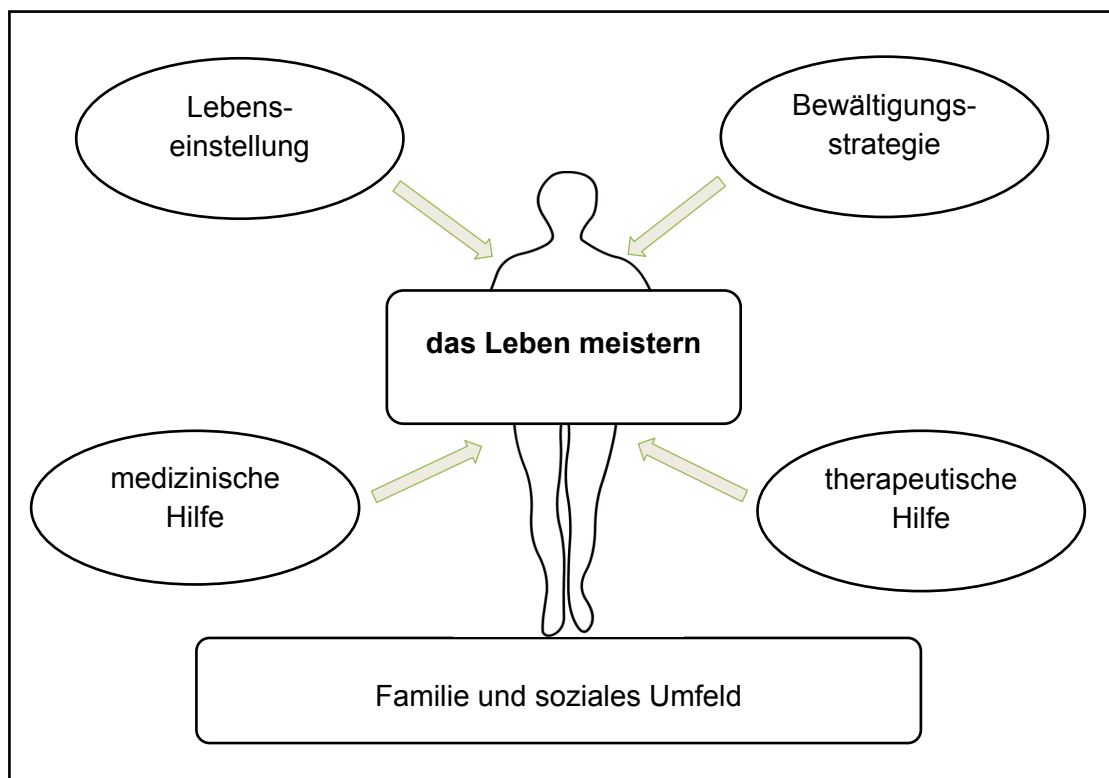


Abbildung 6: Erklärungsmodell "Chronischer Rückenschmerz"

Die **Lebenseinstellung**, stellt einen beeinflussenden Faktor und somit auch die erste Kategorie dar, die im Rahmen dieser Forschungsarbeit ermittelt werden konnte. In den Interviews hat sich herauskristallisiert, dass die Lebenseinstellung, die die Betroffenen mit sich bringen, den Umgang mit den Schmerzen beeinflusst. Die Einstellungen, persönliche Werte, Überzeugungen, frühere Lebenserfahrungen und gegenwärtig belastende Lebensereignisse wirken verändernd auf Handlungsweisen, Entscheidungen und Reaktionen im

Hinblick auf ihre Krankheit. Die gesundheitsbezogene Überzeugung ist ausschlaggebend, für das Aufsuchen eines Arztes, für welche Therapie der Kranke sich entscheidet und auch wird die Einnahme von Medikamenten beeinflusst. Besondere Beachtung ist auch auf die interpersonelle Überzeugung zu richten.

Besondere Beachtung gilt es weiters der zweiten ermittelten Kategorie – der **Familie** – zu schenken. Im Erklärungsmodell bildet dieser Faktor, die „Stütze“ für Menschen mit chronischen Rückenschmerzen. Durch das soziale Umfeld erfährt der/die Betroffene Unterstützung und Verständnis und dies trägt zu einer Erleichterung in der Bewältigung des Alltags bei. Familienmitglieder haben auch Einfluss, welche Bedeutung der Patient/die Patientin der Krankheit schenkt und können ihm eine große Unterstützung bei der Entwicklung von Bewältigungsstrategien sein. Fehlendes Verständnis kann dazu führen, dass die „Stütze“ einbricht und das soziale Umfeld von einer wichtigen Ressource zur Belastung wird. Wird der/die Betroffene von seinem/ihrer sozialen Umfeld nicht akzeptiert, kommt es zur Entwicklung und Verstärkung von Ängsten, die Gefühlslage des Kranken verschlimmert sich und ihm/ihr fehlt die Kraft für die Bewältigung der Krankheit.

Die chronischen Schmerzen haben jedoch nicht nur Auswirkungen auf den Betroffenen selbst, sondern führen unweigerlich zu einer Beeinträchtigung für die ganze Familie.

Die **Auswirkungen auf das Leben** der Kranken sind geprägt von Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit. In nahezu allen durchgeführten Interviews wird deutlich, dass ein sehr belastender Aspekt das Abklären der Schmerzursache und die Suche nach einer wirkungsvollen Behandlung ist. Die Patienten/Patientinnen fühlen sich oft mit ihren Schmerzen alleine gelassen. Die Schmerzen bringen auch psychische Belastungen mit sich, die sich in Angst bezüglich des Verlaufs der Krankheit, und Gefühl der Abhängigkeit vom sozialen Umfeld widerspiegeln. Finanzielle, berufliche und soziale Veränderungen im Leben können sich auch negativ auf das psychische und physische Wohlbefinden auswirken.

Neben den erwähnten Punkten stehen auch die **Bewältigungsstrategien** in einem engen Zusammenhang mit dem analysierten Phänomen „chronische Rückenschmerzen“. Die Strategien, die zur Bewältigung der Krankheit eingesetzt werden, kooperieren stark mit der Lebenseinstellung der Betroffenen. Die Strategien, die im Laufe des Lebens mit Rückenschmerzen entwickelt werden, stehen oft im Zusammenhang mit dem Gefühl, die Entscheidungen über die Krankheit selbst in der Hand zu haben.

Eine weitere Kategorie, die sich durch die geführten Interviews ergab, ist die **therapeutische Hilfe**. Therapien stehen in einem engen Zusammenhang mit den Bewältigungsstrategien und werden von vielen auch als ein Weg der Bewältigung gesehen. Durch Therapien erfahren Kranke Linderung und Beruhigung. Die Investition von Geld in alternative Behandlungen führt zu Einschränkungen in anderen Bereichen des Lebens, ob dies als Belastung gesehen wird, hängt von der Lebenseinstellung ab.

Die **medizinische Versorgung** hat großen Einfluss auf den Prozess der Behandlung und Bewältigung von Menschen mit Rückenschmerzen. Schmerzpatienten/Schmerzpatientinnen sind auf eine vertrauensvolle und empathische Arzt-Patienten-Beziehung angewiesen, erfahren sie diese nicht, führt das zu frustrierten Missverständnissen. Haben die Betroffenen das Gefühl, die Rückenschmerzen werden ihnen nicht geglaubt, treten Empfindung wie Hilflosigkeit, Wut und Verlassenheit in den Mittelpunkt. Eine angepasste Schmerztherapie kann diesem entgegenwirken und die Hoffnung der Betroffenen stärken, dass es Maßnahmen gibt, die eine Linderung bewirken können.

Für den einzelnen Menschen, der an einer chronischen Erkrankung leidet, besteht nun die schwierige Aufgabe, die Einflussfaktoren, die sowohl positive und negative Auswirkungen auf sein Leben haben, in Balance zu bringen. Der Betroffene muss versuchen aus den Faktoren Kraft zu schöpfen um **das Leben mit den Schmerzen zu meistern**.

6. DISKUSSION

Mit dieser Forschungsarbeit wurde primär das Ziel verfolgt, die Schmerzen an denen viele Menschen in unserer Gesellschaft leiden, zugänglicher zu machen. Durch die Unsichtbarkeit von Rückenschmerzen können sich viele nicht vorstellen, welch großes Leid diese chronische Krankheit verursachen kann. Zwar haben viele schon die Erfahrung von Beschwerden in der Wirbelsäule gemacht, doch was es bedeutet, täglich an Schmerzen zu leiden, ist für Außenstehende kaum nachvollziehbar. Das Problem ist, dass chronische Rückenschmerzen keine einheitliche Diagnose darstellen, wie auch schon Kröner-Herwig (2000) aufzeigte. Rückenschmerz bildet einen Sammelbegriff für Störungen mit unterschiedlichen biopsychosozialen Ursachen, unterschiedlicher Symptomatik und unterschiedlicher Behandlungsanforderungen.

Die Erkenntnisse aus den Interviews haben gezeigt, dass vor allem der persönliche individuelle Umgang mit dem Phänomen Schmerz den folgenden Versorgungsweg prägt. Die Literatur besagt, dass die Schmerzerfahrung des Betroffenen wesentlich davon abhängt, wie Schmerz bewertet und bewältigt wird (Wippert & Beckmann 2009). Personen, die an der chronischen Erkrankung leiden, stehen vor der Herausforderung Strategien zu finden, den Schmerz nicht in den Mittelpunkt ihres Lebens zu rücken.

Eine wichtige Unterstützung nimmt die Familie ein. Wie in den Interviews beschrieben wurde, geben die „wertvollen Angehörigen“ den Betroffenen Kraft ihr Leben mit den Schmerzen zu meistern. Die Bedeutung des Aspekts des „soziales Umfelds, konnte somit in der Literatur, sowie auch in dieser Untersuchung nachgewiesen werden. Jedoch wurde von den Interviewten eine Unterscheidung zwischen Familie und sozialem Umfeld getroffen. Für die Betroffenen ist Familie eine große Ressource, dass soziale Umfeld wird eher als Belastung wahrgenommen.

Auch Frede (2007) geht darauf ein, dass die Reaktionen der Mitmenschen, sei es übermäßiges Mitleid, Ratschläge oder Entmündigungen, beim Betroffenen das Gefühl der Hilflosigkeit verstärken und ihn auf seine Krankenrolle fixieren.

In Bezug auf die Bewältigungsstrategien und die in Anspruch genommenen therapeutischen Maßnahmen, verfügen die meisten Teilnehmer an der Untersuchung über spezifisches Wissen, welche Faktoren positive oder negative Auswirkungen auf ihren Kampf gegen die Schmerzen haben. Dieses Wissen wird häufig nicht in die Behandlung miteinbezogen. Wie auch schon Huber et al. (2004) deutlich machte, ist es von zentraler Bedeutung, dass Personen mit Schmerzen als Experten angesehen werden. Sie können für die im Gesundheitsbereich tätigen Personen Lehrende sein, denn sie sind diejenigen, die wissen, was es bedeutet, mit chronischen Schmerzen zu leben, und welches die wirksamsten Bewältigungsstrategien sind, um eine Linderung hervorzurufen.

Wie durch die in den Interviews gewonnen Daten und aufgrund der zum Thema „Chronische Rückenschmerzen ernst nehmen“ bereits vorhandene Literatur deutlich wird, vermissen die Patienten/Patientinnen eine vertrauensvolle und empathische Beziehung zu den Angehörigen des Gesundheitssystems. Als Folge entstehen Misstrauen, Hoffnungslosigkeit und Hilflosigkeit, die es den Betroffenen schwer machen, an eine Linderung zu glauben.

In der medizinischen Versorgung, so zeigten die Erfahrungen von den Betroffenen, werden individuelle Krankheitsbilder, unterschiedliche Verläufe und die individuelle Schmerzwahrnehmung kaum beachtet. Häufig wird der Mensch auf die körperliche Komponente reduziert und man geht davon aus, dass es einen Zusammenhang zwischen Befund und Befinden gibt. Hier möchte ich nochmals auf die Definition von McCaffery hinweisen, die ja besagt, dass Schmerz das ist, was der Erkrankte über Schmerzen sagt. Jeder Mensch mit chronischen Rückenschmerzen hat unterschiedliche Strategien seine Schmerzen zu verarbeiten.

Durch die im Rahmen dieser Arbeit durchgeführten Interviews konnte diese Selbstwahrnehmung der betroffenen Menschen sichtbar gemacht werden. Zu wissen, was in den Menschen selber vorgeht und wie ihr eigenes Empfinden aussieht, schafft einen bedeutsamen Ausgangspunkt für ein gutes Schmerzmanagement. Allein durch das entgegengebrachte Feingefühl, kann das Leid der Menschen die an chronischen Schmerzen leiden, ein Stück weit gemindert werden.

7. IMPLIKATIONEN FÜR DIE PFLEGE

Um chronischen Rückenschmerz bei Menschen jeder Altersgruppe auch richtig deuten zu können, ist es notwendig, die Unsichtbarkeit des Schmerzes, die die Betroffenen im Versorgungsalltag erleben, zu thematisieren. Um dies zu ermöglichen, ist es von großer Bedeutung, den langsam sich zu etablierenden Paradigmenwechsel, von einer noch immer stark biomedizinischen Sicht zu einer bio-psycho-sozialen Perspektive weiter voran zu treiben. Anstelle einer Behandlung mit dem Ziel der Schmerzfreiheit, sollte eine Beratung für ein trotz Schmerzen, möglichst beschwerdearmes Leben treten.

Speziell in diesem Bereich ist die professionelle Pflege gefordert, die zu leistende Pflege der zunehmenden Zahl von chronischen Schmerzkranken und den damit verbundenen spezifischen Pflegeerfordernissen anzupassen. Die zentrale Aufgabe der Pflege muss in Zukunft nicht nur mehr medizinische Konzepte integrieren, sondern auch psychologische und verhaltenstherapeutische Behandlungsansätze aufgreifen, um das multidimensionale Phänomen Schmerz adäquat behandeln zu können. Für die im Gesundheitsbereich tätigen Personen ist es wichtig, bezüglich diesem Thema noch sensibler zu werden. Den Ausgangspunkt für eine gute Versorgung von Schmerzpatienten stellt die Bildung einer Pflegebeziehung dar, die durch Vertrauen und Empathie geprägt ist. Um dies zu gewährleisten, ist das Verständnis von Seiten des Pflegepersonals bezüglich der Schmerzwahrnehmung und den individuellen Komponenten notwendig. Durch eine gezielte Schulung, Beratung und Anleitung seitens der Pflege, könnte den Betroffenen bei der Bewältigung der Rückenschmerzen die nötige Unterstützung gegeben werden.

Um den wissenschaftlichen Kenntnisstand der pflegerischen Praxis bei der Versorgung von Menschen mit chronischen Rückenschmerzen zu erweitern, ist es für die Pflegeforschung erstrebenswert, weitere Untersuchungen bezüglich dem Thema „individuelle Schmerzversorgung und Schmerzmanagement“ durchzuführen.

8. STÄRKEN UND SCHWÄCHEN DER FORSCHUNGSARBEIT

Im Rahmen dieser Arbeit wurde als Auswertungsmethode eine zusammenfassende Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewählt.

Um rasch an Teilnehmer für die Analyse zu gelangen, wurden die Einschlusskriterien sehr weit gefasst. Eine stärkere Eingrenzung hinsichtlich des Alters, Geschlechts oder auch des Wohnortes hätte weitere für die Arbeit interessante Gesichtspunkte zum Vorschein gebracht.

Durch die sechs geführten Interviews konnte eine große Datenvielfalt erreicht werden, da es sich bei den Teilnehmern um eine sehr heterogene Gruppe handelte. Durch die Offenheit der Interviewpartner konnten wichtige Ergebnisse, die vor allem zur Bereicherung des Wissens für Angehörige des Gesundheitsbereichs, sowie auch für das soziale Umfeld von Bedeutung sind, gewonnen werden.

Ein weiterer interessanter Punkt dieser Forschungsarbeit ist, dass sie an der Sicht der betroffenen Menschen selber ansetzt. Die persönlichen Erfahrungen, die diese Personen durch ihre chronische Erkrankung schon gemacht haben, konnten ein Stück sichtbarer und nachvollziehbarer gemacht werden.

LITERATURVERZEICHNIS

Bach, M., Aigner, M., Bankier, B. (2001). Schmerzen ohne Ursache – Schmerzen ohne Ende. Konzepte – Diagnostik – Therapie. Wien: Facultas.

Beckmann, J., Wippert, P. (2009). Stress- und Schmerzursachen verstehen. Gesundheitspsychologie und –soziologie in Prävention und Rehabilitation. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Buddeberg, C. (Hrsg.).(2004). Psychosoziale Medizin. Berlin, Heideberg: Springer Verlag.

Corbin, J., Strauss A,. (2010). Weiterleben lernen. Verlauf und Bewältigung chronischer Krankheit. Bern: Hans Huber Verlag.

Ehrlich, I., (2005). Psychologische Schmerzverarbeitung bei Rückenschmerzen. Eine empirische Vergleichsstudie zwischen Sportlern und Nicht-Sportlern. Diss., Universität Wien.

Foster, E. (2009). Distinctiveness of psychological obstacles to recovery in low back pain patients in primary care. Pain, 148, (2010), 398-406.

Frede, U. (2007). Herausforderung Schmerz. Psychologische Begleitung von Schmerzpatienten. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Hasenbring, M. Prozesse der Chronifizierung von Schmerzen. In: Kröner-Herwig et al. (Hrsg.).(1999). Psychologische Schmerztherapie. 4. Aufl. Springer, Berlin, 161 – 76.

Huber, E., Spirig, R. (2004). Das Leben mit Schmerzen meistern – ältere Frauen als Expertinnen im Umgang mit chronischen Schmerzen des Bewegungsapparates. Pflege, 2004, (17), 296-305.

Klimczyk, K., Kuhnt, O., Babel, S., Haase, I. (2011). Chronische Rückenschmerzen – Plädoyer für ein multimodales Therapiekonzept. 145 – 150.

Kowarowsky, G. (2011). Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag. Stuttgart: Kohlhammer Druckerei GmbH & Co. KG.

Krohn, K., Spiekermann, H. (2008). Handlungsorientierte Beratung für Schmerzpatienten. Basel: SolArgent Media AG.

Kröner-Herwig, B. (2000). Rückenschmerz. Fortschritte der Psychotherapie. Göttingen: Schlütersche GmbH & Co KG Verlag und Druckerei.

Kröner-Herwig, B. (2004). Schmerz–eine Gegenstandsbeschreibung. In H.-D. Basler, C. Franz, B. Kröner-Herwig & H. -P. Rehfisch (Hrsg.), Psychologische Schmerztherapie (5. Auflage). Berlin / Heidelberg / New York: Springer Verlag, 3-16.

Mayer, H. (2002). Einführung in die Pflegeforschung. Wien: Facultas.

Mayring, P. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Weinheim und Basel: Beltz Verlag.

Milloning, B. (2000). Veränderungen im Schmerzerleben und Schmerzverhalten von Patienten mit chronischen Erkrankungen im Wirbelsäulenbereich durch die Strukturierte Biographische Anamnese für Schmerzpatienten. Diplomarbeit. Wien: Universität Wien.

Müller-Mundt, G. (2008). Bewältigungsherausforderungen des Lebens mit chronischem Schmerz – Anforderung an die Patientenedukation. Pflege & Gesellschaft, 13 (1), 32 – 47.

Ölsböck, N. (2007). Schmerzen – was tun? Tipps und Information für Betroffene, Angehörige, Pflegepersonen. G&P Verlag.

Overlach, F. (2008). Linguistik. Impulse & Tendenzen. Sprache des Schmerzens – Sprechen über Schmerzen. Eine grammatisch-semantische und gesprächsanalytische Untersuchung von Schmerzausdrücken im Deutschen. Berlin: Walter de Gruyter GmbH & Co. KG.

Pape, P. (1997). Schmerz als Krankheit. Die Problematik anhand der Trigeminusneuralgie. Universitätsklinikum Heidelberg.

Pfingsten, M. (2011). Rückenschmerzen und Psychologie. 44-49

Rössler, W. (2005). Die therapeutische Beziehung. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Sander-Kiesling, A. (Hrsg.).(2006). Kursbauch Schmerz: Der akute und der chronische Schmerzpatient. Bremen: UNI-Med Verlag AG.

Sandkühler, J. (2001) Schmerzgedächtnis. Entstehung, Vermeidung und Löschung. Deutsches Ärzteblatt,01, 2725-2730.

Schaeffer D., Moers M. (2008). Bewältigung chronischer Krankheit. Überlebensstrategien – ein Phasenmodell zum Charakter des Bewältigungshandels chronisch Erkrankter. In: Pflege & Gesellschaft, 13 Jg., Heft 1.

Seidl, E., Walter, I. (Hrsg.).(2005). Chronisch kranke Menschen in ihrem Alltag. Das Modell von Mieke Grypdonck, bezogen auf PatientInnen nach Nierentransplantation. Wien: Wilhelm Maudrich Verlag.

Siemer, S. (2000). Schmerzen verstehen, einschätzen und bekämpfen. Pflegezeitschrift, 11,2000.

Sprenger, M. (2005). Erkrankungen des Bewegungsapparates. Gesundheitsbericht der sozialen Krankenversicherung.

StatistikAustria. (2007). Österreichische Gesundheitsbefragung 2006 /2007. Hauptergebnisse und methodische Dokumentation. Wien. Zugriff am 16.11.2012, von http://www.statistik.at/web_de/services/publikationen/4/index.html?id=4&listi

Thomm, M. (2011). Schmerzmanagement in der Pflege. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1 : Kognitiv-behaviourales Chronifizierungsmodell nach Pfingsten (Wippert & Beckmann, 2009, S. 236).....	9
Abbildung 2: System der Schmerzwahrnehmung vom Nozizeptor bis zum Großhirn (Wippert & Beckmann, 2009, S. 169).....	13
Abbildung 3: Häufigste Erkrankung nach persönlicher Einschätzung der ÖsterreicherInnen	16
Abbildung 4: Multidimensionales Konzept des chronischen Schmerzes (Kröner- Herwig, 2004, S. 8)	25
Abbildung 5:Chronifizierungsmodell nach Wadell et al. (Kröner-Herwig, 2000, S. 22).....	26
Abbildung 6: Erklärungsmodell "Chronischer Rückenschmerz"	82

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

IASP: International Association for the Study of Pain

WHO: World Health Organization

VAS: Visuelle Analogskala

VRS: Verbal markierte mehrstufige Ratingskala

NRS: Numerische Ratingskala

ANHANG

Interviewleitfaden

1. Menschen mit chronischen Schmerzen

Leben mit chronischen Rückenschmerzen

- Wie geht es ihnen zu dem jetzigen Zeitpunkt?
- Chronische Schmerzen haben Auswirkungen auf alle Bereiche des Lebens. Wie haben die Schmerzen Ihr Leben verändert? Denken Sie an Familie, Beruf, Freizeit!
- Können Sie sich noch an den Beginn ihrer Schmerzen erinnern? Welche Gefühle, Ängste kommen in Ihnen hoch?
- „Die Hoffnung (auf ein schmerzfreies Leben) stirbt zuletzt“, ist ein alt bekanntes Sprichwort. Trifft das auch auf sie zu oder gehören die Schmerzen schon zu ihrem Leben dazu?

2. Behandlung durch die Ärzte

Zufriedenheit mit der Behandlung

- Wie ist die Behandlung ihrer Schmerzen gelaufen?
- Haben Sie schon mehrere Ärzte aufgesucht? Was waren die Gründe für den Arztwechsel?

Arzt-Patienten-Beziehung

- Welche Erfahrungen haben sie mit Ärzten gemacht? Nehmen Ärzte ihre Schmerzen ernst?
- Fühlen Sie sich von den Ärzten respektvoll und gut behandelt? Kommunikation ist bei einer Behandlung sehr wichtig. Wie haben sie das Arztgespräch erlebt?

Therapien

- Welche Erfahrungen haben sie bei der Verschreibung von Therapien, wie Physiotherapie, ... gemacht?
- Wie zufrieden sind sie mit der Verabreichung von Medikamenten?

3. Angehörige

Reaktionen von Menschen in Ihrer Umgebung

- Wie haben Angehörige und Freunde auf ihre Schmerzen reagiert? Wie haben Sie sich als Betroffener/Betroffene dabei gefüllt?
- Wie hat sich durch Ihre Schmerzzustände ihre Beziehung zu ihrer Familie, ihren Freunden verändert?
- Außenstehenden sind Schmerzen kaum vermittelbar. Wie erleben sie diese Situation?
- Wie kommen die Angehörigen damit zu recht?

Da sie viele Erfahrungen haben, zählen sie vielleicht als Experte/Expertin in Sachen Schmerzen, was würden sie Ärzten/Ärztinnen und Angehörigen raten?

Angaben zur Person

Alter der Patientin/des Patienten _____

Geschlecht ☐ männlich ☐ weiblich

Rückenschmerzen seit _____

In Behandlung seit _____

SCHMERZEN ERNST NEHMEN

Eine qualitative Untersuchung über die Erfahrungen von Menschen mit chronischen Rückenschmerzen

Einverständniserklärung

Ich bin einverstanden über meine Erfahrungen als Betroffener/Betroffene zum Thema „Chronische Rückenschmerzen“ mit ihnen zu sprechen

Das Interview wird dabei auf Tonband aufgezeichnet und danach verschriftlicht, wobei alle Namen anonymisiert werden und jede Information vertraulich behandelt wird.

Da die Teilnahme am Interview freiwillig ist, kann ich das Gespräch ohne Nennung von Gründen jederzeit abbrechen.

Curriculum Vitae

Zur Person

Anita Reingruber

geboren am 22.10.1985 in Rohrbach, Oberösterreich

Schulbildung

1992 – 1996	Volksschule St. Johann, Oberösterreich
1996 – 2000	Hauptschule St. Peter, Oberösterreich
2000 – 2005	Höhere Lehranstalt für wirtschaftliche Berufe Rohrbach, Oberösterreich, Abschluss mit Matura

Studium

2006 - 2013	IDS Pflegewissenschaft an der Universität Wien
Seit 2011	Bachelor Studiengang Ergotherapeutin an der FH für Gesundheitsberufe, Nervenlinik Wagner-Jauregg, Linz

Kenntnisse

Sprachen:	Schulkenntnisse in Englisch und Spanisch
	Kurs für Gebärdensprache
EDV:	Schulkenntnisse (Microsoft Office)
	SPSS

Praktische

Erfahrungen

2012	Seniorenheim Nonntal, Pflichtpraktikum Ergotherapie, Salzburg
2009	LKH Rohrbach, Pflegedienst, Praktikum, Oberösterreich
2007	Landesnervenklinik Wagner Jauregg, Wahlfach Sozialpsychiatrie , Oberösterreich
2006	Konditorei Böhm, Servicekraft, Oberösterreich
2003	Hotel Waldhof, Küchenführung, Servierkunde, Salzburg
2002	Öberösterreichische Rundschau