



Die DAGST e. V.

ist eine originäre Schmerzgesellschaft und setzt sich seit ihrer Gründung 2002 ausschließlich für eine qualitativ hochwertige Ausbildung in ganzheitlicher Schmerztherapie ein.

Unsere Ziele:

- Bessere Behandlung von Schmerzpatienten durch ganzheitlichen Ansatz
- Berufsbegleitende qualifizierte Schmerztherapie-Ausbildung mit Zertifikat zum Tätigkeitsschwerpunkt „Ganzheitliche Schmerzbehandlung“
- Interaktive Vorträge mit Beteiligung des Auditoriums und Demonstration von Behandlungsverfahren
- Umsetzung der Ergebnisse aktueller Schmerzforschung in die Ausbildung und Therapie
- Intensiver kollegialer Austausch sowie Bildung von interdisziplinären Netzwerken

Deutsche Akademie für ganzheitliche Schmerztherapie e. V.

1. Vorsitzender: Prof. Dr. med. Sven Gottschling (Schriftleitung)
2. Vorsitzende: Birgit Scheydt

Weitere Informationen:

Fortbildungsbüro DAGST
 Amperstr. 20A
 82296 Schöngesing
 Telefon: 08141 318276-0
 Fax: 08141 318276-1
 E-Mail: kontakt@dagst.de

Redaktion:

Christine Höppner
 E-Mail: ch@orgaplanung.de

www.dagst.de

Alles beim Alten in Pandemiezeiten

Und täglich grüßt das Murmeltier ...

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wir segelten gut gelaunt ins Jahr 2022 und damit in das dritte Jahr mit Corona. Dass die Entdeckung des Virus schon 2019 erfolgte, lasse ich mal unbeachtet.

Frühjahr, Sommer und Herbst waren so ruhig und entspannt, die Impfzentren wurden geschlossen, die Testzentren abgebaut. Es wurde lautstark der „Freedom-Day“ gefordert. Die Politik hat sich intensivst mit sich selbst beschäftigt und ihre gesamte Energie in den Bundestagswahlkampf gesteckt. Und dann das: Plötzlich und völlig unerwartet schießen die Zahlen wieder in die Höhe, beschert uns das Virus in der Vorweihnachtszeit eine neue Mutante. Hektisch wird versucht, die Impfzentren zu reinstallieren, wieder genügend Testkapazitäten aufzubauen, mit neuen Kampagnen diejenigen, die entweder zu viel im Internet herumgesurft haben, das Virus immer noch nicht ernst nehmen oder einfach zu faul sind, ihren Hintern von der Couch zu erheben, doch noch vom Impfen zu überzeugen. Und – oh Wunder – klappt es zur Überraschung aller immer noch nicht, und man fährt den späten, aber augenscheinlich „alternativlosen“ Weg mit Beschluss einer Impfpflicht, beginnend irgendwann einmal im Frühjahr 2022.

Die Kliniken laufen voll, mal wieder sollen wir auf Urlaub verzichten, Teile des Pflegepersonals hat mittlerweile trotz Applaus hingeschmissen, andere sind auf dem Absprung und der Rest versucht, irgendwie auf dem Zahnfleisch weiterzurobben.

Mit Tempo 200 an die Wand

Es ist für mich unbegreiflich, wie man vonseiten der Verantwortlichen schon wieder mit Tempo 200 in Richtung Betonwand steuert, obwohl man es doch



„Ich persönlich wünsche mir statt noch mehr Bürokratie endlich jemanden, der Verantwortung übernimmt und den Kurs umlenkt ...“

Prof. Dr. med. Sven Gottschling

1. Vorsitzender DAGST e.V. Zentrum für Palliativmedizin und Kinderschmerztherapie Universitätsklinikum des Saarlandes Homburg

mittlerweile besser wissen müsste. Wir, die wir tagtäglich versuchen müssen, in der Patientenversorgung mit dem Mangel klarzukommen, haben erneut die wundervolle Aufgabe, mit letztem Einsatz eine bestmögliche Versorgung für unsere Patienten aufrechtzuerhalten – unter immer schwierigeren Bedingungen. Es herrscht mittlerweile offener „Kannibalismus“ – Krankenhäuser werben Medizinische Fachangestellte aus Praxen ab, qualifiziertes Pflegepersonal wird mittlerweile zu Assistenzarztgehältern nebst Dienstwagen in Ambulante Dienste gelockt, immer mehr Mitarbeiter im Gesundheitswesen gehen auf Teilstellen, weil sie einfach nicht mehr können und auch ganz klar so nicht mehr wollen.

„Karoshi“ oder Tod durch Überarbeitung

In Japan gibt es ein Wort für einen plötzlichen berufsbezogenen Tod, Todesursache ist meist ein durch Stress ausgelöster Herzinfarkt oder Schlaganfall. Das Wort dafür heißt: „Karoshi“ und bedeutet Tod durch Überarbeitung.

Ich weiß nicht, liebe Kolleginnen und Kollegen, wie es Ihnen geht. Aber ich

persönlich wünsche mir statt noch mehr Bürokratie, noch mehr Ablehnungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK), statt dem stetig zunehmenden Absicherungswahn aufgrund von Ängsten vor medikolegalen Problemen tatsächlich endlich einmal jemanden, der Verantwortung übernimmt und den Kurs umlenkt, bevor wir schlussendlich wirklich mit zweihundert Stundenkilometern an diese Betonwand klatschen.

Ihr



Prof. Dr. med. Sven Gottschling

Ankündigung der Jubiläumsveranstaltung „10. Homburger Schmerz- und Palliativkongress“

Am 29. Juni 2022 wollen wir nun endlich den 10. Homburger Schmerz- und Palliativkongress stattfinden lassen. Weiterhin steht die Planung als reine Präsenzveranstaltung, allerdings haben wir uns für ein neues Ambiente in größeren Räumlichkeiten entschieden, um entsprechende Abstandsregelungen et cetera einhalten zu können.

Als Referenten haben bereits MA phil. Prof. Dr. med. Giovanni Maio, Institut für Ethik und Geschichte der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg; Dr. Jürgen Guldner, Krankenhaus Püttlingen, Abteilung für Neurologie, Facharzt für Neurologie und Psychiatrie und Prof. Dr. med. Ulrike Bingel, Klinik für Neurologie, Universitätsklinikum Essen sowie weitere namhafte Referenten zugesagt.

Wir freuen uns, Ihnen damit ein hochkarätiges und abwechslungsreiches Programm bieten zu können und hoffen auf Ihr zahlreiches Erscheinen.

Ihr

DAGST-Vorstand

DAGST-Veranstaltungen



NEUER TERMIN!

10. Homburger Schmerz- und Palliativkongress

Merken Sie sich bitte den 29. Juni 2022 vor.

Kursvorschau

Datum	Kursort	Weiterbildung
19.02.2022	ONLINE	TENS – Theorie und praktische Übungen Leitung: Alexander Philipp
12.03.2022	Straßberg	Der Low-Level-Laser in der Schmerztherapie Leitung: Hardy Gaus
30.04.2022	Straßberg	Die RAC-Pulstasstechnik als gewinnbringende Ergänzung für die Schmerztherapie Leitung: Hardy Gaus
21.05.2022	ONLINE	Schmerzanamnese und Chronifizierung Leitung: Alexander Philipp
25.06.2022	Straßberg	Akupunktur statt NSAR? – Französische Ohrakupunktur als nebenwirkungsfreie Alternative bei Akutschmerzen Leitung: Hardy Gaus

Bitte beachten: Sofern nicht als Online-Termin angegeben, sind diese Seminare als Präsenzveranstaltungen (unter Beachtung des jeweiligen geltenden Hygienekonzepts) geplant, -Änderungen aufgrund von Kontaktbeschränkungen vorbehalten.

Außerdem bieten wir Ihnen weiterhin die Gelegenheit zum persönlichen Austausch mit unseren **Experten im Videochat** nach vorheriger Anmeldung per E-Mail (kontakt@dagst.de).

Termine

- 31.01.2021, 13:00–14:00 Uhr: Prof. Dr. Sven Gottschling: Differenzierte Cannabinoidtherapie – Einsatz in der Schmerz- und Palliativmedizin
- 11.02.2021, 9:00–10:00 Uhr: Hardy Gaus: Ganzheitliche Zahnmedizin bei chronischen Zahn- und Gesichtsschmerzen
- 25.02.2022, 15:00–16:00 Uhr: Birgit Scheytt: Kopfschmerzen differenziert – Diagnostik und Therapie
- 07.03.2022, 13:00–14:00 Uhr: Prof. Dr. Sven Gottschling: Altersübergreifende Palliativmedizin, differenzierte Cannabinoidtherapie

Bitte verfolgen Sie die aktuellen Kursangebote auch auf unserer Webseite. Alle Kurse können Sie auch bequem online buchen unter: www.dagst.de. Programmänderung vorbehalten.





„Ein Indianer kennt keinen Schmerz“

Kulturelle Schmerz Aspekte und wie wir damit umgehen

Immer wieder kommt es zu Missverständnissen, wenn es um die Einschätzung von Schmerzen insbesondere bei Menschen anderer Kulturkreise geht. Dieser Beitrag zeigt, warum es wichtig ist, kulturelle Unterschiede bei der Schmerzerhebung zu berücksichtigen und Vorurteilen entgegenzutreten.

Im praktischen Alltag werden schon einmal Äußerungen wie „der italienische Patient in Zimmer 3 klingelt zum fünften Mal, der hat ein typisches Mamma-Mia-Syndrom“ oder Ähnliches laut. Auch wenn Schmerzen individuell sind, so sind sie doch häufig auch im kulturellen Kontext zu sehen. Nicht selten spielen

dabei Vorurteile eine nicht ganz unerhebliche Rolle. Dieser Artikel möchte dazu beitragen, besser mit Beschreibungen und Bewertungen umzugehen und Vorurteilen zu begegnen. Einblicke und Erklärungsmodelle sollen helfen, Verständnis und ein respektvolles Miteinander aufzubauen.

Das Verständnis von Schmerzen und der Umgang mit der vermuteten Schmerzursache sind stark kulturspezifisch geprägt. Zumal die Begriffe Krankheit und Schmerz in vielen Kulturen als Einheit betrachtet werden. Häufig werden Schmerzempfindungen sehr emotional, expressiv oder aber auch deutlich distanziert und scheinbar emotionslos geschildert. Dies kann in einer anderen Kultur schnell zu Missverständnissen, Fehldeutungen und auch zu Unverständnis führen. Schmerz ist nicht nur ein physiologischer „Nervenimpuls“, sondern setzt sich aus verschiedenen Teilaspekten zusammen:

- sensorisch, diskriminativ (Wahrnehmung von Reizort, Reizstärke, Reizdauer sowie Art des Reizes),
- affektiv, wie das leidvolle oder lustvolle Erleben (als quälend, beklemmend, scheußlich und zermürbend beschrieben),
- autonomvegetativ als Auslöser von reflektorischen Reaktionen (z. B. Tachykardie, Hypertonie, Schweißausbrüchen),
- kognitiv, Einordnung und Bewertung von Schmerz in Abhängigkeit des Intellektuellen, der Erfahrungen oder bestimmten Erwartungen und schließlich
- emotional im Kontext der Schmerzauslösung.

Sozialisation des Menschen

Neben den physiologischen Aspekten ist die Sozialisation des Menschen ein prägender Faktor, wenn es um die Bewertung von Schmerzen geht. Ausgehend von Familienmitgliedern sowie Bezugspersonen, verbunden mit Ratschlägen und Verhaltensweisen dieser Bezugsperson (Vorbildfunktion) sind sie ein wichtiger Teil der Bedeutungsunterstellung in Bezug auf Schmerzen, Krankheitsentstehung, deren Prozesse und Äußerungen. Darüber hinaus spielt das eigene soziokulturelle Milieu eine wichtige Rolle, besonders im Zusammenhang mit der Entwicklung von Schmerztoleranz beziehungsweise -intoleranz. Daraus wird deutlich, dass der Schmerz unabhängig von physiologischen Vorgängen auch durch die oben genannten Faktoren und die prägende Kultur beeinflusst werden kann. Dies stellt grundsätzlich kein Problem dar, solange ich mich in diesem entsprechenden kulturellen Umfeld befinde.

Kulturelle Faktoren bei der Schmerzwahrnehmung

Die Schmerzwahrnehmung ist im Gegensatz zum Schmerzempfinden von kulturellen und individuellen Faktoren beeinflusst. Dabei sind gesellschaftliche Normen und Werte der Schmerzäußerung innerhalb der einzelnen Kulturen, aber auch transkulturell unterschiedlich.

Das Schmerzempfinden ist in allen Kulturen gleich [1]. Das bedeutet, dass der sensorische Leitungsapparat (Reizweiterleitung) bei allen Menschen ähnlich ab-

läuft. Die Schmerzwahrnehmung und -äußerung hingegen sind in den unterschiedlichen Kulturen von der Schmerzschwelle abhängig. Dies ist die Schwelle, ab der eine Person einen Reiz als schmerzhaft empfindet. Sie unterscheidet sich in den verschiedenen Kulturen. Gleiches gilt für die Schmerztoleranz, also den Punkt, an dem sich bei einem ausgelösten Reiz der Proband dem ihm zugefügten Schmerz entzieht. Durch Hemmung der emotionalen Ausdrucksweise kann die Schmerztoleranz beeinflusst und der Schmerz bis zu einer bestimmten Intensität reduziert werden [2].

Somit ist die Schmerzwahrnehmung durch Erziehung, kulturelle Normen und Werte, dem erlernten Verhalten sowie eigenen Sozialisationserfahrungen geprägt. Dennoch gibt es neben den kulturellen Einflüssen natürlich auch individuelle physische und psychische Faktoren, die das Schmerzerleben beeinflussen.

Demgegenüber sind kulturelle Bewertungen einzelner Symptome (z. B. Dorn im Fuß bei Naturvölkern, Angina Pectoris in westlichen Kulturen) wichtig für die Aufmerksamkeit, die diesem Symptom entgegengebracht wird. Die Akzeptanz des Schmerzes hängt auch vom Erklärungsmodell der möglichen Ursache für den Schmerz ab.

Schmerztoleranz bei Naturvölkern

In Naturvölkern (z. B. die Eipo, ein Volk in Westneuguinea) können die Menschen sehr gut Schmerzen tolerieren, wenn sie die Ursache kennen (Fraktur des Beins oder Dorn im Fuß), dagegen können sie nicht mit Schmerz umgehen und ihn auch nicht ertragen, wenn sie den Grund dafür nicht kennen, wie etwa bei einem nicht sichtbaren viralen Infekt (fehlendes Erklärungsmodell). Die Volksgruppe entwickelt dann Ängste, Depressionen, Traurigkeit und eine sinkende Schmerztoleranz [3]. Dabei spielen aber auch immer die Motivation, Anerkennung und Aufmerksamkeit eine nicht unerhebliche Rolle (z. B. Fakir auf Nagelbrett).

Das Schmerzerleben erfasst neben der Empfindung und der Wahrnehmung auch die Schmerzverarbeitung in ihrer unterschiedlichen kulturellen Interpretation. Schmerzverstärkende Trigger oder sogar Auslöser können Religion, Geschlecht oder psychische und emotionale

Zustände sein wie Schuld, Furcht, Zorn, Trauer oder Niedergeschlagenheit [4].

Ebenso ist die Schmerzerfahrung geprägt durch die jeweilige kulturelle Wertvorstellung und einer in dieser Kultur vorherrschenden Medizin- oder Heilsystemvorstellung. Damit ist Schmerz nicht nur auf der Ebene der Reizübertragung über bestimmte Nervenbahnen zu sehen, sondern beinhaltet auch eine komplexe Wahrnehmung. Diese hängt nicht nur von der Stärke des ausgelösten Reizes beziehungsweise dem Schmerzreiz ab, sondern auch von der Situation, in der der Schmerz erfahren wird und insbesondere auch von dem affektiven oder emotionalen Zustand sowie dem kulturellen Einfluss und den dazu gehörigen Werten [5]. Daraus ergibt sich eine vielschichtige Sichtweise auf den Schmerz, denn er läuft immer parallel mit dem Schmerzerleben und -geschehen ab. Dieser Umstand macht es dem Behandler zeitweise so schwer, zwischen dem Erleben von Schmerz, Schmerzverhalten und emotionalen Zuständen, wie den Schmerz erleiden oder begleiten, zu unterscheiden [6].

Bewältigungsstrategien bei Schmerzen

Das unangenehme Gefühl des Schmerzerlebens möchten wir beseitigen beziehungsweise eindämmen. Dafür wird ein Handlungs- aber auch ein Erklärungs-konzept benötigt. Somit ist es nicht verwunderlich, dass verschiedene Kulturen auch verschiedene Erklärungskonzepte besitzen, um bei körperlichen Beschwerden im Zusammenhang mit Schmerzen Bewältigungsstrategien anzuwenden. Schmerzerleben wird dabei nicht auf einen bestimmten Teil des Körpers beschränkt, sondern bezieht den gesamten Körper mit ein.

Es gibt deutliche kulturabhängige Präferenzen bezüglich Symptom und Krankheitsbeschreibung [7]. Oft ist daher die Definition von Krankheit mit dem Symptom des körperlichen Schmerzes verbunden. Zum Beispiel trennt die Landbevölkerung innerhalb des türkischen Kulturkreises nicht zwischen Körper und Seele. Patienten aus dem Orient hingegen lehnen soziale Ursachen für körperliche Probleme (Schmerz) ab, denn die starke Bindung an das soziale

Gefüge fordert Achtung und Respekt vor Personen des eigenen Umfeldes und lässt keinen Zweifel an deren Aussagen und Meinungen zu [8]. Aus der Gruppe ausgegrenzt zu sein wiegt schwerer, als das eigentliche Symptom Schmerz. Dieser Umstand kann bei der Behandlung schnell zu Missverständnissen führen und eine medikamentöse Therapie in die falsche Richtung lenken. Damit ergeben sich folgerichtig die sogenannten kulturspezifischen Syndrome [9]. Diese beinhalten physische und psychische Symptome, die nur im Rahmen einer bestimmten Kultur als Dysfunktion oder Krankheit eingestuft werden und die auch nur dort bekannt sind und als solche eingeordnet werden können.

Unsere westliche Welt ist sehr biomedizinisch aufgebaut und somit stark somatofil geprägt [10]. Das heißt, dass das Medizinische auf Apparatedizin ausgelegt ist und nicht so sehr auf die durch die Seele und Psyche getriggerten Körpersignale. Hier zeigt sich in den letzten Jahren allerdings eine Veränderung.

Wortwahl und Ausdrucksform können dadurch vom Behandler missinterpretiert werden und nicht selten entsteht durch übermäßiges Vortragen oder aber auch durch besonders leidvolles Auftreten der Eindruck der Aggravation [11], in deren Folge Vorurteile oder Bezeichnungen wie „Bosporus-Syndrom“ oder „Mamma-Mia-Syndrom“ Verwendung finden. Sie zeigen das Unverständnis dem „Fremdartigen“ gegenüber. Dem Nordeuropäer fällt es zum Teil auch schwer, nach einer vermeintlich eingesetzten Therapie, Klagen zu ertragen.

So ziehen sich zum Beispiel Iren eher zurück, weil sie es als nicht angebracht ansehen, Schmerzen zu äußern. Amerikaner gehen sehr früh zu einem Arzt und schildern ohne größere Emotionen ihre Beschwerden, damit der Arzt sie schnell und rational behandeln kann. Südländer dagegen äußern ihre Schmerzen sehr ausdrucksstark, damit ihnen familiäre Zuwendung zu Teil wird [12]. Philippinische Patienten wiederum fügen sich ihren Schmerzen auf fatalistische Weise und ertragen ihr Leid („Das Medikament muss doch helfen ...“).

Im ärztlichen Gespräch ist es daher wichtig herauszufinden, was den Schmerz beeinflusst, was ihn verringert oder wel-

cher Umstand zu einer Verstärkung führen kann. Der Patient muss das Gefühl haben, verstanden zu werden, denn die Ausdrucksformen von Schmerz verleiten westlich denkende Ärzte und Pflegekräfte dazu anzunehmen, dass das gezeigte Beschwerdebild eher übertrieben ist und unterschätzen unter Umständen den tatsächlichen Zustand. Im ersten Kontakt sollten daher zuerst mögliche organische Ursachen ausgeschlossen werden, auch wenn der Verdacht besteht, dass psychische Belastungsfaktoren im Vordergrund stehen. Denn körperliche Beschwerden sind etwas Sichtbares und werden in der Gesellschaft akzeptiert, wohingegen seelische, „nicht sichtbare“ Belastungsfaktoren als Schwäche ausgelegt werden, die im Kollektiv (Familie) nur wenig Akzeptanz erfahren. Edukation und Verständnis sollten hier im Vordergrund stehen. Möchte man eine gute Beziehung zum Patienten aufbauen, ist somit ein kultursensibles Vorgehen mit Respekt und Vorsicht angebracht.

Religion als Bewertungsfaktor

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Bewertung von Schmerz ist die Religion, denn jede Kultur und Religion hat unterschiedliche Strategien, mit Schmerzen umzugehen. Auch dieses „Phänomen“ sollte Beachtung finden. Damit verbunden ist eine Voreingenommenheit des Anderen (Religion, Glaube). Kenntnisse über die andere Kultur oder Religion können hier gute Dienste leisten und zeugen von Respekt.

Im Folgenden sollen grob Strategien an den Beispielen einiger häufiger Religionen beziehungsweise Vorgehen einzelner Kulturen dargestellt werden. Danach will Schmerz in den unterschiedlichen Kulturen erklärbar gemacht werden:

- Juden- und Christentum: Nur Gott kann helfen, Schmerz gilt als Prüfung,
- Buddhismus: Schmerzen und Krankheit verbessern das Karma für die Wiedergeburt,
- Islam: Schmerz und Krankheit werden als Zeichen Gottes gesehen.

All diese Glaubensrichtungen haben gemeinsam, dass schmerzhaftes Erleben in einem anderen Kontext gesehen wird. Damit fällt es leichter, Schmerz als nicht mehr schmerzhaft zu empfinden.

In einer Auswertung aus Datensätzen einer großen europaweiten Befragung („Pain out“) zur postoperativen Schmerztherapie konnte Gerbeshagen zeigen, dass etwa Patienten in Rumänien mit ihrer Schmerztherapie sehr zufrieden sind, obschon sie erhöhte Schmerzintensitäten (gemessen mit der numerischen Rating-skala) aufwiesen. Als Grund dafür nannten sie ihren Glauben [13].

Beispiele für kulturelle Schmerzbewältigung

In anderen Kulturkreisen wird bewusst und willentlich versucht, Einfluss auf den Schmerz zu nehmen, wie zum Beispiel bei den Iren, indianischen Völkern oder Urvölkern: „Ich allein werde die Schmerzen bewältigen.“ Damit kann postuliert werden, das Wissen um Vorhersagbarkeit und Kontrolle eine effiziente Schmerzregulationsstrategie darstellen, wie auch das Beispiel der Eipo zeigt.

Neben den gesellschaftlichen Einflüssen ist zudem die familiäre Zugehörigkeit im Umgang mit Schmerzen von Bedeutung. In Italien oder besonders in ländlichen Regionen der Türkei werden schwierige Lebenssituationen gemeinsam mit der Familie gemeistert. Der eigene Schmerz und das persönliche Leiden müssen zugelassen und gezeigt werden, sodass die Familie darauf reagieren kann. Nur dem, der Schmerz äußert, kann in der Familie geholfen werden.

Protestantische Nordamerikaner britischer oder nordeuropäischer Herkunft bewältigen ihren Schmerz meist rational, indem sie sich einem Arzt anvertrauen: „Wenn ich den Schmerz gut beschreiben kann, wird der Arzt meine Gesundheitsstörung oder den Schmerz besser behandeln können.“ Dafür ist aber die Hilfe eines anderen notwendig. Menschen auf den Philippinen dagegen erdulden beinahe fatalistisch ihre Schmerzen und sind eher schicksalsgläubig.

Daneben gibt es aber auch noch den Einfluss der Schmerzlichkeit im Schmerzerleben, bestimmt durch Angst, Macht- und Hilflosigkeit oder durch mangelnde Kontrolle. Außerdem spielen dysfunktionale Metakognitionen eine Rolle, wie dysfunktionales Pain Management oder die Sorge um körperliche und familiäre Belastung, Belastbarkeit

oder Überlastung. Aus diesem Kontext ergeben sich für den Behandler folgende Ziele: Einfühlsames Nehmen der Angst auf Grundlage der genannten Faktoren und Gegebenheiten, Wissen vermitteln.

Doch wie gelingt es dem Gegenüber, Schmerzen zu zeigen und wieso führt dieses Vorgehen zu weiteren Missverständnissen? Jede Kultur hat eigene Gefühlsäußerungen entwickelt, die diejenigen, die diesem Kulturkreis angehören, verstehen. Daraus sind individuelle soziale Normen im Umgang mit Gefühlen und Gefühlsäußerungen entstanden. Die Nachkriegsgeneration in Westeuropa musste zum Beispiel lernen, Befindlichkeiten gerade in der Öffentlichkeit zu unterdrücken: „Was sollen denn die Leute denken!“

Schmerzäußerung in der Öffentlichkeit

Verbunden mit selbstbeherrschtem Verhalten werden Gefühle in der Öffentlichkeit häufig unter Kontrolle gehalten. Schmerz wird nicht expressiv zum Ausdruck gebracht. Teils werden noch heute in der Erziehung entsprechende Redewendungen verwendet, auch wenn diese zunehmend an Bedeutung verlieren:

— „Harte Männer weinen nicht.“

— „Ein Indianer kennt keinen Schmerz.“

— „Beiß die Zähne zusammen.“

Hingegen neigen die im Mittelmeerraum und Nahen Osten lebenden Menschen eher dazu, ihre Gefühle in der Öffentlichkeit zu zeigen und ihrem Unwohlsein expressiv und lang anhaltend Ausdruck zu verleihen, etwa durch Wehklagen, Schreien oder Weinen. Treffen nun verschiedene Kulturen aufeinander, führt dieses Verhalten zu Verunsicherung, Unverständnis und sogar Ablehnung. Wenn dazu noch eine (scheinbare) Ineffektivität von Analgetika kommt und Zeichen der Schmerzlinderung ausbleiben, fallen gerne despektierliche Begriffe wie „Morbus Bosporus“ oder Ähnliches.

Ein Grund dafür ist das mangelnde Wissen über die Kultur des Gegenübers, damit verbunden sind oft typische Stolpersteine in der transkulturellen Kommunikation: Die angenommene Gleichartigkeit. „Der Patient muss doch wissen was ich meine, er soll einfach sagen was ihn bewegt und was er möchte.“

Transkulturelle Kompetenz verbindet

Was man mit seinem Handeln und seinen Emotionen ausdrücken möchte, ist beim Wechsel von einem Kulturkreis in einen anderen nicht immer eindeutig. Daraus folgen nicht selten Unverständnis und Fehlinterpretation mit Vorurteilen und Ungeduld in der Konsequenz. Sender und Empfänger sprechen verschiedene Sprachen – auch im übertragenen Sinne. Das Moment der Ausdruckweise, aber auch das fehlende Vokabular und Sprachunterschiede können schnell zu Bedeutungsunterschieden und damit zu nonverbalen und verbalen Fehlinterpretationen führen. Die weitere Folge sind stereotype Betrachtungsweisen ganzer Gruppen („die Italiener, die Afrikaner ...“). Unkenntnis und Unwissenheit führen zudem schnell zu erhöhter Ängstlichkeit und im schlimmsten Fall zu Ablehnung. Um dieses zu verhindern, ist Toleranz von beiden Seiten, aber auch eine gewisse transkulturelle Kompetenz, dringend erforderlich. Diese zeichnet sich durch Aufmerksamkeit und Wertschätzung für die Kultur des Patienten aus.

Fazit

Um helfen zu können ist es wichtig, den Anderen zu verstehen. Aber auch der Betroffene oder Patient muss sich auf die kulturelle Veränderung einlassen. Nur dadurch ist ein Miteinander möglich, das uns tolerant und reflektiert bleiben lässt. Missverständnisse und Vorurteile können so größtmöglich unterbunden werden [14].

„Jeder Patient ist ein Informant, doch nicht jeder Informant ist ein guter Informant. Ob er gut ist, liegt am untersuchenden Arzt und wie er versteht, den Denk- und Erlebnishorizont des Informanten zu eröffnen und zu erfahren. So wird bei der Untersuchung ausländischer Patienten eine transkulturelle Kompetenz gefordert“ [15].

Dr. med. Patric Bialas
Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Anästhesiologie,
Intensivmedizin und Schmerztherapie
Kirrberger Straße
66421 Homburg
E-Mail: patric.bialas@uks.eu

Literatur

1. Melzack R. Das Rätsel des Schmerzes, Hippokrates Verlag, Stuttgart 1878, (ISBN 10: 3777304417; ISBN 13: 9783777304410)
2. Sternbach RA, Tursky B. Ethnic differences among housewives in psychophysical and skin potential responses to electric shock, *Psychophysiology* 1965;1:241-6
3. Schiefenhövel W. Die Eipo-Leute des Berglands von Indonesisch-Neuguinea, *Homo* 1976;26(4):263-75
4. Morris, David B. Krankheit und Kultur. Plädoyer für ein neues Körperverständnis, Kunstmann, München 2000
5. Morris, DB. Geschichte des Schmerzes, Insel Verlag, Leipzig 1994
6. Jackson Jean E. After a While No One Believes You, Real and Unreal Pain, In: DelVecchio Good, Mary-Jo et al. (eds.) Pain as Human Experience, University of California, Press Berkeley, 1992:138-68
7. Payer L. Andere Länder, andere Leiden; Ärzte und Patienten in England, Frankreich, den USA und hierzulande; Campus, Frankfurt a. M. 1998
8. Gries M L. Macht Migration krank? In: Gesundheit interkulturell 2002/1
9. Hörbst V 1996, Krankheit und Kranksein im Kulturvergleich: Kulturgebundene Syndrome, In: Wolf, A./Stürzer, M. (Hg.) 1996; Die gesellschaftliche Konstruktion von Befindlichkeit. Ein Sammelband zur Medizinethnologie. VWB: Berlin, 11-21; Lux T (Hg.) 2003. Kulturelle Dimensionen der Medizin. Ethnomedizin – Medizinethnologie – medical anthropology. Reimer: Berlin; Shorte E. Von der Seele in den Körper. Die kulturellen Ursprünge psychosomatischer Krankheiten; Hamburg 1994
10. Bräutigam W, Christian P, von Rad M. Psychosomatische Medizin. Ein kurzgefaßtes Lehrbuch, 6. unver. Aufl. Thieme, Stuttgart 1997
11. Kizilhan JI. Kulturelle Deutung des Schmerzes in familienorientierten Gesellschaften, *Schmerz* 2016;30:346-50
12. Kizilhan JI. Kultursensible Psychotherapie VWB, Berlin 2013
13. Schwenkglens M et al. Correlates of satisfaction with pain treatment in the acute postoperative period: results from the international PAIN OUT registry *Pain* 2014;155(7):1401-11
14. Barna LM. Stumbling blocks in Intercultural communication. In L.A. Samovar & R.E. Porter, *Intercultural communication*. Belmont CA, Wadworth 1997
15. Kohnen N. Von der Schmerzlichkeit des Schmerzerlebens. Wie fremde Kulturen Schmerzen wahrnehmen, erleben und bewältigen, 1. Auflage, pvv, Ratingen 2003