

Man kann sich nicht an Schmerzen gewöhnen. Aber man kann sie verlernen

Hinter chronischem Schmerz verbirgt sich viel mehr als eine biologische Ursache. Wer die eigene Schmerzmatrix im Gehirn versteht, kann einen Weg hinaus finden.

Manchmal war es schier nicht auszuhalten, das Stechen. Seit sechs Jahren quälen Susanne Ganter Nervenschmerzen im Gesicht. Es ist ein Schmerz, der immer wieder zurückkehrt. Alle paar Sekunden schießt er dann ein, versetzt sie in Panik, hat sie immer wieder zum Arzt getrieben. "Es musste doch eine Ursache geben", sagt die 67-Jährige. "Ich konnte doch genau zeigen, wo der Schmerz herkommt."

Alles begann mit einer Behandlung beim Zahnarzt, der ihr eine Brücke einsetzte. Erst drückte es nur, dann wurde ein stechender Schmerz daraus. Der Zahnarzt glaubte ihr nicht, sie wechselte die Praxis. Beim nächsten Arzt erhielt sie bloß eine Schiene gegen Zähneknirschen, die Schmerzen blieben. Was mit einer kleinen Zahnbehandlung begann, wurde zu einer nicht endenden Odyssee. Über die Jahre folgten etliche Eingriffe. Ganter erhielt mehrere Zahnwurzelbehandlungen, dann zog ein Zahnarzt den schmerzende Zahn, die Patientin bekam erst ein provisorisches Implantat, dann ein dauerhaftes. Dazu kamen zahllose Röntgenuntersuchungen, begleitende Therapien mit Massagen, Krankengymnastik, Entspannungsübungen, schließlich kostspielige komplementäre Behandlungen beim Osteopathen und mit Kraniosakraltherapie. "Irgendwann", sagt Ganter,

"ist man bereit, alles zu unternehmen, um den Schmerz endlich loszuwerden."

Fast jeder Dritte in Deutschland leidet unter chronischen Schmerzen, also Schmerzen, die länger als drei Monate andauern. DIE ZEIT hat mit fünf Leuten gesprochen und ihre Erfahrungen in einem eigenen Text dokumentiert. In einigen Fällen halten die Schmerzen permanent an, in anderen kommen sie immer wieder wie bei Susanne Ganter.

Wenn der Körper Fehlalarm schlägt

Ob schmerzende Zähne, ein gebrochener Finger oder ein entzündeter Blinddarm – Schmerz lässt alles andere in den Hintergrund treten. Eigentlich ist das sinnvoll, denn im akuten Fall ist Schmerz ein überlebenswichtiges Warnsignal des Körpers: Achtung, hier gibt es eine Verletzung! Vorsicht, bitte weiteren Schaden abwenden! Der Schmerz sagt uns sogar, wo die Gefahr lauert. Normalerweise verstummt er, wenn sie gebannt ist – wenn sich der gebrochene Finger erholt, der entzündete Zahn oder Blinddarm behandelt ist. Doch manchmal bleibt der Schmerz.

Er verselbstständigt sich, löst sich von der Ursache und verliert seine biologische Funktion – wie ein Rauchmelder, der Fehlalarm schlägt. Das Tückische aber ist: Betroffene empfinden den Schmerz weiterhin

als akut, das körpereigene Alarmsystem bleibt auf Rot. Im Unterschied zu den anderen menschlichen Sinnen kann sich der Körper nicht an Schmerz gewöhnen. Im Gegenteil. Er setzt Körper und Psyche dauerhaft unter Stress. Dann wächst die Verzweiflung. Betroffene werden in ihrem Alltag eingeschränkt und finden bei Ärztinnen und Ärzten häufig keine zufriedenstellende Antwort.

So ging es auch Susanne Ganter. "Ich habe ja genau gespürt, welcher Zahn mir weh tut." Die zierliche Frau mit schulterlangem, graublondem Haar sitzt an einem Besprechungstisch im interdisziplinären Schmerzzentrum an der Uniklinik Freiburg und zeigt immer wieder auf eine Stelle in ihrem Oberkiefer, oberhalb des Eckzahns auf der rechten Seite. Für sie war klar, dass an genau dieser Stelle etwas nicht in Ordnung war. Deshalb habe sie sich wieder und wieder für die nächste Zahnbehandlung entschieden. Doch keine konnte ihre Beschwerden lindern. Und niemand fand eine Ursache.

Wie das Schmerzgedächtnis entsteht

Wie aber ist es möglich, dass ein Schmerz bleibt, selbst wenn keine Ursache mehr zu finden ist? Die Antwort hat mit dem Nervensystem zu tun und damit, wie unser Gehirn Schmerzreize verarbeitet und bewertet. Im Körper sind Nerven-

fasern dafür verantwortlich, dass wir mit unseren Sinnen die Umwelt wahrnehmen. Nervenendigungen nehmen äußere Reize wie Hitze, Kälte oder Druck auf und wandeln sie in elektrische Signale um. Werden diese Sinnesfühler immer und immer wieder aktiviert, sinkt die Schwelle und der Nerv schickt seine Signale früher los.

Damit sie letztlich als Schmerz wahrgenommen werden, müssen die elektrischen Ströme über das Rückenmark noch ins Gehirn gelangen. Das Rückenmark arbeitet wie ein Filter. Es prüft, ob das Signal relevant genug ist, um es weiterzuleiten. Und es erkennt, wie oft ein Reiz schon von einem bestimmten Ort durchgelassen wurde. Werden dieselben Schmerzbahnen immer wieder aktiviert, werden sie kräftiger. Wie ein Trampelpfad, der mit der Zeit zu einem breiten Weg wird. So entsteht das Schmerzgedächtnis. Irgendwann reicht dann schon ein leichter Reiz, um starke Schmerzen zu spüren.

Chronischer Schmerz entwickelt sich zum einen also, weil das Nervensystem durch andauernde Reize sensibler wird. Medizinerinnen bezeichnen das als den biologischen Teil. Zum anderen ist das Schmerzerleben aber auch abhängig von früheren Erfahrungen, dem emotionalen Gemütszustand, Stress oder Schlaf. Und hier kommt ein weiterer wichtiger Mechanismus ins Spiel: die Deutung im Gehirn.

Die Schmerzmatrix im Gehirn

Erreicht ein Schmerzsignal das Gehirn, werden die Informationen an verschiedene Regionen verteilt. Es gibt verschiedene Schmerzzentren im Gehirn. "Wir sprechen von einer Schmerzmatrix", sagt Frank Petzke, der die interdisziplinäre Schmerzmedizin am Uniklinikum Göttingen leitet. Zu dieser Matrix gehören unter anderem der präfrontale Kortex und das limbische System, die für unser Lernen wichtig sind. Sie gleichen den Reiz mit früheren Erfahrungen ab und bewerten ihn emotional. Ist der Schmerz schon bekannt und wird gelassen hingenom-

men? Oder ruft er Ängste, Stress und Panik hervor? Weckt er womöglich gar Traumata aus der Kindheit?

In der Familie von Susanne Gantner hatten schon mehrere Verwandte Probleme mit ihren Zähnen. Deshalb bekam sie große Angst, als es bei ihr losging. Große Studien zeigen, dass bei chronischem Schmerz Hirnregionen stärker aktiv sind, die für die kognitiv-emotionale Bewertung verantwortlich sind. Und Emotionen wie Angst können den Schmerz wiederum verstärken.

Ein chronischer Schmerz lässt sich also nicht allein durch eine biologische Ursache erklären – den verstauchten Fuß, den Hexenschuss, den verletzten Nerv. Sondern er ist immer auch damit verbunden, wie man den Schmerz emotional betrachtet – ob man zum Beispiel Angst hat, nie wieder laufen oder arbeiten zu können.

Frank Petzke macht diesen Punkt gegenüber Betroffenen und bei Ärztefortbildungen immer deutlich: "Wir wissen heute, dass jeder Schmerz im Wechselspiel aus Biologie, Psyche und den sozialen Umständen eines Menschen entsteht." Auch wie stark ein Schmerz ist, kann sich von der rein biologischen Ursache lösen: "Nur mit diesem Wissen können wir verstehen, warum beispielsweise manche Menschen mit von Diabetes geschädigten Nerven keine Schmerzen haben, andere wiederum stärkstes Brennen empfinden."

Der Einfluss der Psyche ist in mehrfacher Hinsicht bedeutsam: Natürlich drücken chronische Schmerzen irgendwann auf die Stimmung, sie beherrschen den Alltag und bringen Betroffene dazu, sich sozial zurückzuziehen. Schmerzpatienten leiden häufiger an Depression, Angststörung und posttraumatischer Belastungsstörung. Wobei hier die psychischen Probleme sowohl Folge als auch Teil der Ursache sein können. Denn psychische Erkrankungen erhöhen ihrerseits das Risiko, dass Schmerzen überhaupt chronisch werden. Und sie können den Verlauf einer chronischen Schmerzerkrankung negativ beeinflussen.

Auch konkrete Erlebnisse im Alltag, die auf die Psyche schlagen, können die Chronifizierung begünstigen. Etwa, wenn der Patient unter Druck steht, weil er sich immer wieder krankmelden muss oder die Finanzen knapp sind. Führt der Schmerz dazu, dass ein Mensch sich schont, ohne dass eine Besserung eintritt, zieht er sich womöglich immer weiter zurück und richtet das Leben voll auf den Schmerz aus.

Wegen ihrer Schmerzen sehen sich viele Betroffene tatsächlich dazu gezwungen kürzerzutreten, was zu wiederholten Krankschreibungen führt – erst für wenige Tage, dann immer wieder und immer länger, in manchen Fällen bleibt nur der frühere Eintritt in die Rente. Die Kosten chronischer Schmerzen schätzt die Deutsche Schmerzgesellschaft daher auf rund 38 Milliarden Euro jährlich – vor allem durch Folgekosten wie Krankengeld, Arbeitsausfall und Frührente.

Pillen sind nicht die Lösung

"Wir als Gesellschaft müssen verstehen, wie der Körper, die Psyche und das soziale Umfeld auf uns wirken", sagt Kristin Kieselbach, Leiterin des interdisziplinären Schmerzzentrums am Uniklinikum Freiburg. Insbesondere bei chronischem Schmerz sei die Vorstellung verbreitet, Schmerzmittel oder Operationen seien die einzigen Lösungen. Zwei Drittel der chronischen Schmerzpatienten erhalten verschreibungspflichtige Medikamente, teils starke Opioide, obwohl deren Wirksamkeit bei chronischem Schmerz begrenzt ist. Jeder Zweite nimmt zudem frei verkäufliche Schmerzmittel wie Ibuprofen ein. Nur bei einem von drei Betroffenen bringen sie einen positiven Effekt.

"Wir lernen ja von klein auf, dass Schmerzen eine Ursache haben und dass wir vom Arzt dagegen Medikamente bekommen", sagt Kieselbach. Hinzu kommt die weitverbreitete Angst vor allem, was mit der Psyche zu tun hat. "Aber letztlich können wir nicht erfolgreich sein, wenn wir isoliert das Bio, das Psycho oder das Soziale behandeln." Entscheidend für eine erfolgreiche Therapie sei das Zusammenspiel aller Fakto-

ren. Daher ist die sogenannte interdisziplinäre multimodale Schmerztherapie seit Jahren in den Leitlinien zur Behandlung verankert. In enger Zusammenarbeit wird der Patient dabei ärztlich, psychotherapeutisch und bewegungstherapeutisch behandelt. Diese Therapieform wird bereits nach sechs Wochen anhaltenden Schmerzen empfohlen, wenn eine adäquate Schmerztherapie keine Besserung bringt und ein hohes Risiko besteht, dass die Schmerzen bleiben.

In der Praxis aber gestaltet sich die Umsetzung oft schwierig. "Die meisten Patienten, die zu uns kommen, sind schon viele Jahre schmerzgeplagt", sagt Kieselbach. Wie Susanne Ganter erführen viele nur durch Zufall von den interdisziplinären Schmerzzentren. Denn in Deutschland gibt es solche spezialisierten Therapien nur in Krankenhäusern, wo die Patientinnen dann entweder ganz stationär aufgenommen werden oder zumindest tagsüber dort sind. Das Angebot ist also nicht gerade niederschwellig.

"Zu häufig befinden sich Schmerzpatienten jahrelang in einem Teufelskreis und kommen zu spät", sagt auch Petzke. Ein Beispiel: Ein Rückenschmerzpatient gehe zunächst zum Hausarzt, erhalte ein Schmerzmittel und vielleicht etwas Physiotherapie. Bleibe eine Besserung aus, veranlasse die Orthopädin als Nächstes ein MRT – das einen Bandscheibenvorfall zeige. Ob dieser die Schmerzen wirklich verursache, sei aber selten eindeutig zu sagen. Trotzdem folge häufig eine Operation. Seien die Schmerzen danach noch da, beginne der Kreislauf von vorn, sagt Petzke. "Viele Betroffene sind erschöpft, von den Ärzten enttäuscht und greifen gleichzeitig nach jedem Strohalm."

Niedergelassenen Ärzten fehlt oft die Zeit, langwierige Krankengeschichten aufzuarbeiten. In der multimodalen Schmerztherapie aber steht genau das an erster Stelle, noch vor Beginn der Therapie. In einem Assessment betrachtet man den Patienten über einen ganzen Tag hinweg aus allen Blickwinkeln. Vorab werden Arztbriefe und Unter-

lagen gesammelt und der Patient füllt einen detaillierten Schmerzfragebogen aus, der Intensität, körperliche Risikofaktoren und psychische Aspekte abklärt. "Im Schmerzzentrum machen wir eine eineinhalbstündige ärztliche, eine einstündige psychologische, eine einstündige physiotherapeutische und wenn nötig eine Sozial-Anamnese und untersuchen den Patienten", sagt Kieselbach. Danach geben alle Therapeutinnen eine gemeinsame Therapieempfehlung ab.

Umgang mit dem Schmerz lernen

Am Uniklinikum in **Freiburg** werden jedes Jahr etwa 1.400 Menschen mit chronischen Schmerzen behandelt. Im Februar 2025 war eine davon Susanne Ganter. Vier Wochen lang hatte sie Programm, von morgens bis nachmittags, gemeinsam mit fünf weiteren Patientinnen wurde sie in eine Behandlungsgruppe eingeteilt. Eine Mitpatientin litt an starken Rückenschmerzen, bei einer anderen schmerzte die Schulter. "Je länger wir zusammen waren, umso mehr haben wir uns gegenseitig unterstützt, uns Tipps gegeben und uns auch ehrlich gespiegelt", erzählt Ganter.

Zu Therapiebeginn steht im Vordergrund zu verstehen, was chronische Schmerzen sind, wie sie entstehen und warum sie sich real anfühlen, selbst wenn es oft keine Ursache gibt. "Uns ist wichtig, dass wir nicht die Schmerz-wegmach-Klinik sind", sagt Kieselbach. "Wer hierherkommt, kann nicht erwarten, hinterher schmerzfrei zu sein." Trotzdem könne der Aufenthalt viel ändern. Es gehe darum, einen besseren Umgang mit den Schmerzen zu finden – um ein Leben zu führen, das nicht dauerhaft von Schmerz bestimmt wird. Patientinnen bekommen hier eine Art Werkzeugkasten an die Hand, mit dem sie wieder Ziele im Leben erreichen können. Schmerzmediziner sprechen von functional restoration. Wenn die Schmerzen dabei auch weniger intensiv werden, sei das ein willkommener Bonus. Denn genauso wie der Körper den Schmerz gelernt hat, kann er

ihn auch wieder verlernen – sowohl körperlich als auch psychisch. Nur braucht das viel Arbeit und Geduld.

Sport und Pacing helfen gegen Schmerz

Und mancher Schritt braucht Mut. So lernen die Patientinnen und Patienten zum Beispiel, dass insbesondere Bewegung und Aktivität den Schmerz lindern können. Vielen erscheint das kontraintuitiv, lieber würden sie sich schonen – doch Bewegung ist als Einzeltherapie tatsächlich wirksamer als Medikamente oder Psychotherapie. Den Behandlungsleitlinien (PDF) zufolge können bei zwei von drei Patienten Schmerzen auf diese Weise gelindert werden. Zwar sind die Mechanismen nicht vollständig geklärt. Bekannt aber ist, dass Bewegung schmerzhemmende Nervenbahnen aus dem Gehirn aktiviert, die im Rückenmark die Schmerzsignale unterdrücken. Zudem wirkt sich Bewegung bei chronischen Schmerzpatienten positiv auf Hirnregionen aus, die Emotionen regulieren, was etwa Ängste lindern kann. Körperliche Schonung und Angst vor Bewegung können dagegen das Schmerzempfinden sogar verstärken.

In der Klinik lernte Susanne Ganter also, das sogenannte Fear-Avoidance-Verhalten zu überwinden, um sich nicht zu sehr zu schonen. "In der Physiotherapie ging es darum, Übungen kennenzulernen, wieder Vertrauen in den Körper zu erlangen und das richtige Gleichgewicht zwischen Aktivität und Ruhepausen zu finden", sagt sie. Wobei die Pausen wichtig sind, um Überforderung zu vermeiden. Nicht nur beim Sport: In der Psychotherapie übte Ganter, das sogenannte Pacing auch auf ihr soziales Leben zu übertragen. Früher, sagt sie, sei sie immer bemüht gewesen, allen zu gefallen – als Ehefrau, Mutter, Geschäftsfrau im Betrieb ihres Mannes, als Freundin oder Gastgeberin. Neinsagen fiel ihr schwer, lieber ignorierte sie ihre eigenen Bedürfnisse. Doch Überforderung, körperlicher und psychischer Stress wirken sich negativ auf das Schmerzempfinden aus. Dagegen hilft: Grenzen zu ziehen – nicht jederzeit be-

reitzustehen, um auf die Enkel aufzupassen, im Geschäft zu helfen oder Besuch zu empfangen.

Mehr als ein halbes Jahr ist seit ihrer Schmerztherapie vergangen. Susanne Ganter kann jetzt tatsächlich besser mit ihrem Schmerz umgehen, er ist nicht völlig verschwunden, aber weniger quälend geworden. "Ich sage mir: Es ist nur der Geist, der denkt, ich bin in Gefahr, und falsche Signale sendet." Vor allem hat Ganter gelernt, dass sie in Sicherheit ist. Sie weiß, ihr Körper ist in Ordnung, dem Zahn fehlt nichts. Sie hat gelernt, dass sie ruhig bleiben kann.

Chronische Schmerzen

Chronische Schmerzen

Chronischer Schmerz ist definiert als Schmerz, der länger als drei Monate anhält. In knapp fünfzig Prozent der Fälle handelt es sich um Rückenschmerzen, gefolgt von Knieschmerzen und Kopfschmerzen. Insbesondere Arthrose und Bandscheibenvorfälle sind die häufigsten Ursachen. Dabei kann der Auslöser an unterschiedlichen Orten auf der Schmerzbahn liegen, Fachleute unterscheiden zwischen nozizeptiven, neuropathischen und noziplastischen Schmerz. **Nozizeptiver Schmerz** Dies ist ein Schmerz, der ursprünglich durch eine tatsächliche oder drohende Gewebeschädigung verursacht wurde. Dazu gehören etwa degenerative Veränderungen der Gelenke (Arthrose), Gelenkentzündungen wie Rheuma (Arthritis), akute Verletzungen, Entzündungen, Tumorschmerzen, Endometriose oder auch schmerzhafte Fettansammlungen in Beinen, Gesäß und Armen (Lipödem). **Neuropathischer Schmerz** Hier handelt es sich um Schmerzen, die durch eine direkte Verletzung oder Erkrankung der Nervenendigungen oder Nervenfasern verursacht

wird. Die Schmerzweiterleitung ist gestört. Solche Folgen treten beispielsweise auf durch Diabetes (diabetische Polyneuropathie), Gürtelrose (Post-Zoster-Neuralgie), nach Amputationen (Phantomschmerzen durch Nervenschaden), nach einem Bandscheibenvorfall (Radikulopathie) oder Durchblutungsstörungen. **Noziplastischer Schmerz** Schmerz, der auf einer veränderten Schmerzwahrnehmung im Gehirn beruht und durch eine veränderte Verarbeitung im Gehirn entsteht. Es gibt in diesem Fall keinen Nachweis für eine Gewebeschädigung oder einen Defekt des Nervensystems, die den Schmerz erklären würden. Zu diesen Fällen zählen etwa unspezifische Rückenschmerzen, Spannungskopfschmerzen, Schmerzen in Gesicht und Kiefer (kraniomandibuläre Dysfunktion), das Reizdarmsyndrom, das Fibromyalgiesyndrom, das komplexe regionale Schmerzsyndrom (CRPS) und auch Phantomschmerzen nach Amputation.

Schmerzmedikamente

Medikamente gegen chronische Schmerzen Dauerhaft Medikamente einzunehmen ist bei chronischen Schmerzen oft nicht sinnvoll. Sie sollten vor allem zur Überbrückung eingesetzt werden, bis andere Maßnahmen greifen. Schmerzmittel können zwar kurzfristig helfen, dem Körper den Stress zu nehmen, der durch Schmerz entsteht. Sie können Menschen auch erst einmal in die Lage bringen, an einer Bewegungstherapie teilzunehmen. Und sie können initial auch einer Chronifizierung vorbeugen. Für manche Schmerzarten, wie Arthrose oder Entzündungen, sind sie zudem effektiver, als für an-

dere, wie Rückenschmerzen und weitere muskuloskelettale Schmerzen. Bleibt eine Besserung jedoch aus, sollten sie abgesetzt werden. Was viele Menschen aber nicht tun. "Viele Schmerzpatienten nehmen über Jahre Schmerzmittel, ohne umfassend über die Risiken, Nebenwirkungen und Alternativen aufgeklärt worden zu sein", sagt die Schmerztherapeutin Kristin Kieselbach, Leiterin des interdisziplinären Schmerzzentrums am Uniklinikum Freiburg. **Nebenwirkungen** Schmerzmittel lindern Leiden, haben aber oft Nebenwirkungen. So genannte nichtsteroidale Antirheumatika (NSAR) wie Ibuprofen erhöhen etwa das Risiko für ein Magengeschwür und belasten Niere und Herz, Paracetamol wiederum kann die Leber schädigen. Opioide führen nicht nur zu Verstopfung, sondern machen auch schnell abhängig. Das Risiko für die Nebenwirkungen steigt, je länger und je mehr Schmerzmittel man einnimmt.