

# CHRONISCHE SCHMERZEN: MUSS DAS SO WEHTUN?

*Der große Traum von Millionen Menschen mit chronischen Leiden: Endlich den Schmerz loswerden. Auch die Autorin Nora Voit träumt ihn. Sie ist Anfang dreißig, wird von Migräne geplagt – und hofft auf ein neues Medikament.  
Von Nora Voit in DIE ZEIT 48/2023*

Die Tage vor der Chance, von der ich glaube, sie sei meine letzte, bringen Nieselregen und gleißendes Sonnenlicht. Ich flüchte in die Dämmerung, die Vorhänge meiner Großstadtwohnung zugezogen. Allein in den vergangenen zwei Wochen hat mich die Migräne viermal überfallen. Ich habe in dieser Zeit rund zwanzig Tabletten geschluckt, habe eine Handvoll Tiger Balm und eine gefrorene Mango auf meine Stirn gerieben. Ich habe Termine verschoben, stundenlang im dunklen Schlafzimmer gelegen und mich dem Schmerz ergeben. Ich habe geflucht und geweint. Und gehofft.

Dann ist er da, der Moment, auf den ich so lange gewartet habe, an einem Vormittag im Frühsommer. Die Praxis meiner Neurologin ist nur ein paar Hundert Meter von meiner Haustür in München entfernt. Ich setze mich auf den Rand der Patientenliege. Während ich in meiner Aufregung Fragen zu meiner Krankheit stelle, die ich längst selbst beantworten könnte, holt die Neurologin einen babyblauen Pen aus einem Karton und reicht ihn mir. Er ähnelt einem Textmarker, mit einem klitzekleinen Fenster in der Mitte. Mein Blick fällt auf eine klare Flüssigkeit. Auf Erenumab, einen Wirkstoff, hergestellt mithilfe von Gentechnik in Zellen, die aus den Eierstöcken chinesischer Hamster stammen.

Erenumab ist noch nicht lange in Deutschland erhältlich und schafft laut Zulassungsstudie bei ungefähr jedem zweiten Patienten, was vorher keinem anderen Medikament gelungen ist – die Attacken deutlich zu verringern, fast ohne Nebenwirkungen. Die letzte Chance ist teuer, etwa 300 Euro kostet die Fertigspritze, man braucht sie alle vier Wochen. Die Krankenkasse übernimmt die Kosten, aber nur bei denen, die mindestens viermal im Monat von der Migräne überfallen werden und mindestens ein anderes Medikament, das solchen Attacken vorbeugen soll, erfolglos ausprobiert haben oder es nicht vertragen. Der Nachweis war kein Problem für mich. Ich habe schon hohe Dosen Magnesium geschluckt, von denen ich Durchfall bekam. Mir wurden Antidepressiva verschrieben, von denen ich müde wurde. Und Antiepileptika, von denen ich depressiv wurde. Gegen die Migräne half alles nichts.

Meine Handflächen sind feucht. Gemeinsam mit der Neurologin presse ich den Pen auf meinen Bauch, ein paar Zentimeter links vom Nabel. Ich atme einmal durch, dann drücke ich den Knopf am oberen Ende. Unerwartet langsam gräbt sich eine Nadel unter meine Haut. Einundzwanzig, zweiundzwanzig, dreiundzwanzig, vierundzwanzig.

“Uuuh, unangenehm”, jammere ich, dann macht es klick und ist vorbei. Ein winziger Tropfen bleibt auf der Haut zurück. “Ein paar meiner Patientinnen sagen, dieses Medikament hat ihr Leben verändert”, ruft die Neurologin mir noch zu, dann ist sie aus der Tür verschwunden. Ab jetzt also alle vier Wochen eine Injektion, das nächste Mal ohne fremde Hilfe, bei mir daheim.

Werde ich zu denen gehören, deren Leben sich verändert? Frühestens in ein paar Wochen werde ich mehr wissen. Wenn die Attacken nachlassen. Oder eben nicht.

Wie oft habe ich mich mit meinem Schmerz gestritten, versöhnt und wieder angelegt. Manchmal habe ich auch darüber nachgedacht, was das eigentlich ist, Schmerz. Die International Association for the Study of Pain definiert ihn als "unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit einer tatsächlichen oder potenziellen Gewebeschädigung einhergeht oder einer solchen ähnelt". Und während mir der Nutzen akuter Schmerzen sofort einleuchtet – Vorsicht, Gefahr, Hand weg von der heißen Pfanne! –, kommen mir chronische, also über mindestens drei Monate anhaltende Schmerzen sinnlos und grausam vor. Hat sich ein Schmerz verselbstständigt, warnt er nicht mehr vor einer Erkrankung. Er ist dann wichtiger als sie.

Die Migräne. Der Schmerz im Rücken, der einfach nicht verschwinden will. Aber auch die Neuropathie, bei der die Nerven geschädigt sind. Die Fibromyalgie, der "Faser-Muskel-Schmerz". Die Endometriose, die Frauen im gebärfähigen Alter trifft. Niemand weiß genau, wie viele Menschen in Deutschland chronische Schmerzen haben. Klar ist: Es sind viele, manche Experten sprechen von 23 Millionen. Bei fast vier Millionen haben Ärztinnen und Ärzte eine besonders schwere Schmerzerkrankung diagnostiziert. Die Zahl dieser Diagnosen steigt seit Jahren. Auf der Website der Deutschen Schmerzliga stolpere ich über den Begriff "stille Epidemie" und frage mich: Wird der Schmerz immer stärker, oder werden wir immer schwächer? Bedeuten die steigenden Zahlen, dass er endlich die Aufmerksamkeit bekommt, die er verdient – oder dass wir verlernt haben, ihn auszuhalten?

### ***Wie soll das überhaupt gehen, den Schmerz aushalten?***

Eine ganz normale Migräne

Vor knapp zwanzig Jahren stellte sich die Krankheit, für mich damals noch namenlos, zum ersten Mal bei mir vor. Ich muss vierzehn gewesen sein. Hochsommer, ein Freund meines Halbbruders kündigte seinen Besuch an. Ich war so dermaßen verknallt in ihn, dass mir erst schwindelig wurde und dann vor lauter Aufregung mein Schädel zu zerspringen drohte. Mein Crush saß bei uns am Esstisch, ich lag im verdunkelten Kinderzimmer. Tränen tropften aufs Kopfkissen, meine Mama legte mir Kühlpads auf die Stirn: ob ich genug getrunken habe?

Das war, weiß ich heute, mein erster Migräneanfall. Er war so plötzlich weg, wie er gekommen war.

Ein paar Jahre später, auf Klassenfahrt nach Sizilien, verkroch ich mich im Hotelzimmer unter der Bettdecke, während meine Freundinnen in den Straßen Palermos Aperol Spritz tranken. Ich hielt meine Kopfschmerzen für einen Sonnenstich. Danach mied ich jahrelang die Sonne, ging nie mittags ins Freibad. Die Schmerzen kamen etwa dreimal im Jahr. Einen Namen hatten sie noch immer nicht.

Das änderte sich im Frühjahr 2021, am Tag meiner Impfung gegen Covid. Da pochte mein Schädel plötzlich über Stunden, so sehr, dass mir die Worte im Mund zerfielen. Ein paar Tage später noch eine Attacke. Dann noch eine. Hatte ich eine der sehr seltenen Folgen der Impfung, eine Hirnhautentzündung? Wucherte in meinem Kopf ein Tumor? Ich ließ mich ins MRT schieben, mit dem Ergebnis, dass eigentlich alles gut ist – und ich vom ohrenbetäubenden Lärm des Magneten Kopfschmerzen bekam.

Als ich schließlich zum ersten Mal einem Neurologen gegenüber saß, sagte der: "Sie haben eine ganz normale Migräne." Einen Zusammenhang mit der Impfung schlossen Ärzte später aus – ohne näher darauf einzugehen. Ich habe irgendwann beschlossen, dass es nichts bringt, sich darüber Gedanken zu machen.

Inzwischen überfällt mich der Schmerz regelmäßig, manchmal viermal im Monat, manchmal auch elfmal. Bei mir kündigt er sich langsam an, durch etwas, das sich Aura nennt. Zuerst ein Flimmern vor den Augen. Danach ein Druck oberhalb der rechten Augenbraue, der mich unwillkürlich mit den Fingern an die Stirn greifen lässt. Ich sehe verschwommen, als hätte ich ein paar Gläser Wein zu viel getrunken, und alles, was hell ist oder laut, plagt mich. Dann erst kommt, Stunden nach Beginn der neurologischen Ausfälle, der Schmerz: Von der breitesten Stelle der rechten Augenbraue frisst er sich, langsam, unaufhaltbar, über die Stirn zur Schläfe. Von dort bohrt er sich nach innen, immer tiefer hinein in mein Hirn. Unbändige Sehnsucht nach Ruhe und Finsternis. Einziger Ausweg: Schlaf.

Einmal kehrte ich von einer langen Reise zurück, und der Kopfschmerz war so überwältigend, dass ich mich mehrmals übergab. Ich ließ mich in eine Notfallambulanz fahren. Als die Sanitäter kamen, um mich in die Klinik zu bringen, wickelte ich mir einen schwarzen Pulli ums Gesicht, als Schutz vor dem folterartigen kaltweißen Licht im Krankenwagen. In der Notaufnahme der Klinik klammerte ich mich an den Pulli, bitte kein Licht, alles, nur das nicht. Jemand fragte lachend: "Hat die Patientin auch einen Kopf?" Ja, habe ich, dachte ich. Das ist ja das Problem.

Mittlerweile weiß ich, dass meine Hirnarterien bei einer Migräneattacke vom sogenannten Calcitonin Gene-Related Peptide überflutet werden, einer Verbindung aus 37 Aminosäuren, zuständig für die Erweiterung der Blutgefäße. Die Folge: eine lokale Entzündung. Von da an vollzieht sich alles kaum anders als beim Griff an die heiße Pfanne: Schmerzrezeptoren nehmen den Reiz – in diesem Fall der Entzündung – auf, leiten ihn über Nervenfasern ins Rückenmark und von dort zurück ins Hirn, zu den Arealen, in denen er mir als "Aua" bewusst wird.

Erenumab, der Prophylaxe-Wirkstoff, auf den so viele Migräneerkrankte hoffen und den ich jetzt ausprobieren kann, greift in diese Kette ein. Er setzt sich auf Rezeptoren, die eigentlich für das Calcitonin Gene-Related Peptide vorgesehen sind – damit es dort nicht mehr in Massen andocken kann. Das heißt, der Wirkstoff verhindert nicht, dass die ja durchaus nützliche Verbindung mit dem komplizierten Namen ausgeschüttet wird. Aber er neutralisiert ihre negative Wirkung, verhindert gewissermaßen die Überdosis, die zur schädlichen Erweiterung der Hirnarterien und zur Entzündung führt. Man kann sagen, er kommt – wenn alles klappt – dem Schmerz zuvor.

Entzündung, Schmerzreiz, Schmerzempfindung. Eine Kette aus Ursache und Wirkung, die man gezielt unterbrechen kann. All das klingt logisch, fast schon maschinell. Dass chronische Schmerzen noch ganz andere Dimensionen umfassen, war mir lange nicht klar.

### ***Gebrochene Ellenbogen, gebrochene Herzen***

Tag eins nach der Injektion. Außer einem kleinen Punkt auf meinem Bauch sehe und spüre ich nichts. Familienmitgliedern schicke ich Fotos von dem blauen Pen und einen Emoji mit gefalteten Händen. Am Nachmittag pirscht sich die Migräne an. Beim Gassigehen mit meinem Hund krame ich den Geldbeutel aus der Jackentasche. Zwischen meinem Kleingeld liegt zur Sicherheit immer ein Akutmedikament, zugelassen schon seit Jahrzehnten. Im Vergleich zu dem relativ gut verträglichen neuen Wirkstoff sind die sogenannten Triptane ein Holzhammer: Man nimmt sie erst, wenn die Attacke beginnt, sie sorgen dann dafür, dass die Ausschüttung der Entzündungsbotenstoffe einfach blockiert wird. Klingt gut, hat aber Risiken und Nebenwirkungen. Bei mir: Nackenverkrampfungen, schwere Zunge, bleierne Müdigkeit. Sollte man sie zu oft nehmen, droht Dauerkopfschmerz. Hm.

Ich beiße von der bitteren rosafarbenen Pille ab. Knapp eine Stunde später ist Ruhe.

Der nächste Tag: Drei Uhr nachmittags, ich spüre einen Druck auf meinen Augenhöhlen. Die Sonne scheint feindselig vom Himmel, ich trage Cap und Sonnenbrille. Ich versuche es ohne Tabletten und kippe eine kalte Cola runter. Manchmal hilft mir das, diesmal nicht. Kurz nach halb sechs gebe ich auf. Rosa Pille, Vorhang zu. Ich weiß, dass ich den neuen Wirkstoff noch nicht abschreiben muss. Deprimiert bin ich trotzdem.

Eine der größten Einrichtungen in Bayern, in denen Fachleute sich um Menschen mit Schmerzen kümmern, ist das Algesiologikum MVZ im Münchner Uni-Viertel. Die Leiterin der Ambulanz ist eine charismatische Frau mit blondem Bob und auffälligem Halsschmuck. Tamina Brinkschmidt hat mal als klassische Anästhesistin angefangen, heute ist sie "Spezielle Schmerztherapeutin" und Psychoanalytikerin. Ihr Werdegang zeigt ganz gut, worum es dort geht: Schmerz als etwas zu betrachten, das alles am Menschen betrifft. Nicht nur seinen Körper. Sondern auch seinen Geist.

Man sieht es schon daran, wie wir über ihn reden. Schmerzhaft ist der Splitter im Fuß, aber auch der Streit mit dem Partner. Ich kenne gebrochene Ellenbogen, aber auch ein gebrochenes Herz. Sogar die Wahrheit kann schmerzhaft sein. Schmerz – kaum ein anderes Wort verbindet so sehr körperliche und psychische Empfindungen.

Genetische Faktoren, Hormonschwankungen, äußere Einflüsse wie das Wetter, aber eben auch Stress, unregelmäßige Tagesabläufe und starke Gefühle wie damals mein Verliebtsein als Teenager: All das können laut Expertinnen wie Brinkschmidt Auslöser sein, Trigger, die dazu führen, dass sich die Blutgefäße in meinem Kopf erweitern.

Am Algesiologikum MVZ arbeiten deshalb nicht nur Orthopäden und Neurochirurgen, sondern auch Psychiater und Psychologinnen interdisziplinär zusammen. Einen Tag lang darf ich in der Ambulanz dabei sein, als Journalistin, nicht als Patientin. Ich setze mich bei verschiedenen Ärztinnen und Ärzten in die Sprechstunde, mache mir Notizen.

10.20 Uhr. Eine Frau Anfang dreißig, Migräne seit der Kindheit. Wacht mit Kopfschmerzen auf, schläft mit Kopfschmerzen ein. Psychisch schwer belastet, kann nicht mehr arbeiten gehen und manchmal nicht einmal die Spülmaschine ausräumen. Hat etliche Therapien durch, auch stationär. Aktuell hoch dosiertes THC in Tropfenform – der Wirkstoff der Cannabispflanze. Hat zunächst gewirkt, dann plötzlich nachgelassen.

10.47 Uhr. Frau um die fünfzig, Altenpflegerin, seit Jahren Schmerzen in Fingern und Gelenken, dazu Migräne. "Sie sind eine sehr fleißige Frau", sagt Tamina Brinkschmidt zu ihr, "und dürfen auch mal Nein sagen."

11.15 Uhr. Mann um die fünfzig, Straßenbauer, Arbeitsunfall vor 25 Jahren, seitdem Nervenschmerzen im Handgelenk. Mehr als 200 Kilometer weit angereist. Vor einigen Jahren implantierte ihm der Neurochirurg Walter Demmel, ein Kollege von Brinkschmidt, am Rückenmark eine Schmerzsonde. Sie stimuliert mittels elektrischer Impulse die Nervenbahnen, damit der Schmerzreiz nicht so gut weitergeleitet werden kann. Seitdem Besserung, aber nicht schmerzfrei. Geht täglich zur Arbeit. "Was bleibt mir anderes übrig", sagt er.

Auf einen Termin bei Tamina Brinkschmidt warten Patienten oft mehrere Monate. "Menschen kommen mit jahrelangen Schmerzen zu mir und sagen, ich will schmerzfrei werden", sagt sie, als ich mit ihr alleine bin. Diese Erwartung könne sie nicht erfüllen. Was sie kann: zuhören, ernst nehmen, nachfragen.

Die Schmerzspezialisten in der Münchner Ambulanz orientieren sich am sogenannten biopsychosozialen Modell. Ein ganzheitlicher Ansatz, der den chronischen Schmerz als Störung im Zusammenspiel von Körper, Geist und sozialen Faktoren sieht. Nehmen wir jemanden, der sich beim Joggen das Sprunggelenk verletzt. Vielleicht macht er sich Sorgen, ob er je wieder geheilt wird. Er fühlt sich hilflos, beginnt um sich selbst zu kreisen, zieht sich zurück. Der Schmerz, so kommt es ihm vor, will einfach nicht verschwinden. Am Ende können Depression, Arbeitsunfähigkeit, Vereinsamung stehen. Das ursprüngliche Problem, die Verletzung, ist vielleicht geschrumpft, aber die psychischen und sozialen Probleme haben sich immer weiter aufgebläht. Das Beispiel mag konstruiert klingen, aber für Tamina Brinkschmidt und ihre Kollegen sind solche Fälle Alltag.

Auch ich habe schon Freundschaften vernachlässigt, an meinem Job gezweifelt und meine eigene Geburtstagsfeier unter der Bettdecke verbracht. Meine Migräne ist ein Spaßverderber, ein Spießer, eine Couch-Potato. Sie hat mich in der Hand. Sie droht mit dem nächsten Überfall, sollte ich nicht pünktlich um 12 Uhr zu Mittag und um 18 Uhr warm zu Abend essen. Sie will, dass ich Spaziergänge mache, statt mich anzustrengen. Kein Exzess und keine Party, keine intensiven Gespräche und fordernden Roadtrips, keine Menschenmengen, Kinobesuche, Co-Working-Spaces, Flugreisen. Wenn sie zuschlägt, dann am liebsten am Montag.

Mein Umfeld bemüht sich, geduldig mit mir und meinem Kopf zu sein. Nur ab und zu, wenn ich mal wieder über Schmerzen klage, merke ich Vorbehalte zu spüren: Ist es wirklich so schlimm? Oder hat sie einfach keine Lust? Es kommt tatsächlich vor, dass ich mich zurückziehe, nicht weil der Schmerz da ist – sondern weil ich fürchte, er könnte kommen. Er hat mich zu einer ständigen Beobachterin meiner selbst gemacht. Manchmal fühle ich mich wie eine Achtzigjährige unter Teenagern: ängstlicher, vorsichtiger, hellhöriger für die Signale meines Körpers.

"Schmerz", sagt Tamina Brinkschmidt jetzt in unserem Gespräch, "ist auch ein Beziehungsangebot. Als Patient kann ich mit jemandem in Beziehung treten durch Klagen. Dann folgt im besten Fall die Zuwendung."

Ich bin überrascht. Diese Expertin, die ständig leidende Menschen vor sich hat – sie glaubt, dass genau dieses Leid auch einen psychischen Nutzen mit sich bringen kann.

Als ich später darüber nachdenke, bemerke ich: In meiner Beziehung ist die Migräne tatsächlich dauerpräsent. Mein Partner pflegt mich, wenn ich mich vor Schmerzen nicht bewegen kann, er übernimmt Einkäufe, geht mit dem Hund, kocht, schenkt mir Massagegutscheine. In schlechten Phasen fühle ich mich wie ein fieberndes Kleinkind, das umsorgt werden muss. Umsorgt werden will?

"Weil ich Schmerzen habe, bin ich jemand": So beschreibt Tamina Brinkschmidt den Sinn, den manche ihrer Patientinnen und Patienten im Leben mit dem Schmerz finden. Das eigene Leiden als Stütze für Selbstwert und Identität.

13 Uhr. Mann um die fünfzig, seit Langem arbeitsunfähig wegen eines psychischen Traumas, wurde Opfer eines schweren Verbrechens. Schmerzen in Schulter, Rücken, Kopf. Außerdem Panikattacken und "Herzschmerz", wie er es nennt. Wirkt mutlos, bedrückt. "Der Schmerz ist ständig da", sagt er. Machte sich zuletzt viele Sorgen um die Nebenwirkungen der Antidepressiva, die er nimmt. Überweisung zum Hausarzt und zur Psychiaterin.

Viele der Schmerzpatienten, die ich bei dieser Recherche kennenlerne, sind psychisch wie physisch gleichermaßen belastet. Manche sammeln regelrecht Diagnosen. Wissenschaftler haben längst nachgewiesen, wie leicht unser Schmerzempfinden sich ändern kann, je nach der Lebenslage, in der wir uns gerade befinden; im Guten wie im Schlechten. In einem Experiment hielten Probanden, die gemeinsam über etwas Lustiges lachten, stärkere Schmerzen aus. In einer anderen Studie verspürten Teilnehmer weniger Schmerzen, nachdem sie meditiert hatten. Unfallopfer, auf deren Verletzung jemand besonders geschockt reagiert, leiden stärker als solche, die gelassen-freundlich behandelt werden. Und in einem Experiment in den USA ließ eine Sozialpsychologin Menschen zusammen ein Computerspiel spielen. Dann wurde ein Proband aus der Gruppe ausgeschlossen. Die durch diese Erfahrung der Zurückweisung aktivierten Hirnareale waren nahezu dieselben, die bei körperlichen Schmerzreizen eine Rolle spielen.

Nach dem Tag im Algesiologikum denke ich mir: Wenn das Leiden am Schmerz so sehr damit verwoben ist, welches Leben man führt – vielleicht könnte es dann ja tatsächlich so etwas wie einen kollektiv gesunden oder ungesunden Umgang mit ihm geben. Ich lese einen Essay von Byung-Chul Han, Palliativgesellschaft. "Unser Verhältnis zum Schmerz verrät, in welcher Gesellschaft wir leben", schreibt der koreanisch-deutsche Philosoph. Seine Diagnose: "Die Schmerztoleranz sinkt rapide." Uns sei etwas "ganz abhanden gekommen", und zwar "die Kunst, Schmerz zu erleiden". Klingt, als sei früher alles besser gewesen.

## *Zu viele Dämpfe im Kopf?*

Ein Mann in den Sechzigern erscheint auf dem Bildschirm und begrüßt mich mit sonorer Stimme, hinter ihm das für Professoren bei Videokonferenzen obligatorische Bücherregal. Michael Stolberg ist Vorstand des Instituts für Medizingeschichte an der Universität Würzburg. Er erzählt, er sei bei seiner Forschung zur Krankheitserfahrung im Europa der frühen Neuzeit auf Notizen aus dem 17. Jahrhundert gestoßen, in denen ein deutscher Arzt festhielt, wie Patienten ihm ihren Schmerz schilderten.

Stolberg greift zu einem der Bücher, blättert, liest vor: "... als wenn einem die Bein mit Hammern zugeschmissen würden ... es klopft und pocht als wenn ein Huhn pickete ... es drückt und liegt so schwer". Was er da vorträgt, sind Botschaften aus einer Zeit, der unser heutiges medizinisches Fachvokabular fehlte, weswegen unklar bleibt, um welche Krankheiten genau es sich handelte. Aber wie die Menschen damals ihre Leiden beschrieben, war gar nicht so viel anders als heute. Auch in der frühen Neuzeit schon wurde offenbar ausführlich über Schmerzen geklagt.

Wenn etwas wehtat, dann, so dachte man, weil zu viele krank machende Säfte im Körper zirkulierten. Für die Migräne, erzählt Stolberg, habe man mitunter Dämpfe verantwortlich gemacht, aufgestiegen von scharfen Flüssigkeiten im Bauchraum. Um die Säfte loszuwerden, waren Aderlässe beliebt, Abführ- und Brechmittel, außerdem schweiß- und menstruationsfördernde Substanzen. "Die Menschen haben gelitten wie die Hunde. Das können wir uns aus heutiger Perspektive nur schwer vorstellen", sagt Michael Stolberg.

"Die Kunst, Schmerz zu erleiden"? Blasensteine waren eine Qual, gegen die oft nur eine Operation ohne Narkosemittel half. Ein Gichtschub bedeutete bei jeder Berührung am Zeh Höllenschmerzen. Krebs fraß sich so lange durch den Körper, bis Angehörige das Krankenzimmer nicht mehr betreten wollten – das verrottende Gewebe stank zu sehr. "Aber mit Abstand der häufigste chronische Schmerz war Zahnweh", sagt Michael Stolberg. "Die Schmerzen hat man mitunter monatelang einfach aushalten müssen – bis der Zahn gezogen wurde. Man konnte dann nur hoffen, dass es der richtige war."

Für chronische Schmerzen interessieren sich Ärzte erst seit dem 20. Jahrhundert. Ein französischer Chirurg kritisiert in den 1930ern seine Kollegen: Die würden den Schmerz immer nur für eine Abwehrreaktion des Körpers halten, eine nützliche Warnung. "Sie würden beinahe behaupten, dass man ihn ersinnen müsste, wenn es ihn nicht gäbe." Der Chirurg spricht dagegen von einer "Schmerzkrankheit" – das erste Mal, dass Schmerz als eigenes Problem für die Medizin benannt wird. Eine Einzelmeinung, zunächst.

Die Wende bringt dann ein Ereignis, das so viel Schmerz und Leid verursacht wie vielleicht keines davor und danach: der Zweite Weltkrieg. An der Front in Italien fällt einem amerikanischen Anästhesisten im Frühjahr 1944 auf, dass schwer verletzten Soldaten der Alliierten weniger Morphin verabreicht werden muss als Zivilisten in den USA mit vergleichbaren Wunden. Schmerz, so die Folgerung des Anästhesisten, ist eine subjektive Erfahrung, abhängig von persönlichen Einstellungen und Umständen. Müsste man nicht da ansetzen?

1947: In den USA entsteht die Urahnin des Münchner Algesiologikums – eine Schmerzklinik, in der Spezialisten verschiedener Disziplinen zusammenkommen. Der Arzt, der dabei die Hauptrolle spielt, hat während des Krieges in einem Militärkrankenhaus, voll mit Tausenden verletzter GIs, nach neuen Wegen in der Schmerztherapie gesucht.

1971: Ein kanadischer Psychologe entwickelt einen Schmerzfragebogen. Bald befragen weltweit immer mehr Ärzte ihre Patienten, wie es ihnen geht, auf einer Skala von eins bis zehn. Eins: kaum bemerkbarer Schmerz. Zehn: Schmerz jenseits des Vorstellbaren. Später kommen auch Smileys zum Einsatz.

1972: An der Uni-Klinik Mainz gibt es seit Kurzem eine Schmerzstation, der Spiegel berichtet staunend darüber. "Innerhalb weniger Monate kamen mehr als 2000 Anfragen."

2009: Die Diagnose F45.41 wird in die deutsche Version der internationalen Klassifikation der Krankheiten aufgenommen – "Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren".

2012: Schmerzmedizin wird Pflichtprüfungsfach im Medizinstudium.

Juni 2023: Ich habe jetzt zweimal den neuen Wirkstoff in meinen Bauch injiziert. Und in meinen Kopf ist tatsächlich etwas Ruhe eingekehrt. Die Attacken kommen seltener, und wenn, dann sind sie nicht mehr so stark. Ich treffe wieder Freundinnen in Cafés, gehe auf Konzerte, traue mir stundenlange Zugreisen zu. Wenn es nur so bleiben könnte.

## **Das Zeitalter der Tabletten**

Es gibt diesen Satz, den wohl jeder kennt, er ist so gut gemeint wie hilflos und falsch. Ein Satz, der heute, mehr als fünfzig Jahre nach Gründung der ersten deutschen Schmerzstation, altmodisch und politisch unkorrekt klingt. Ich erinnere mich noch, wie mein Opa ihn früher manchmal zu uns Enkelkindern sagte, wenn wir bei meinen Großeltern zu Besuch waren und uns beim Rumtoben die Knie aufgeschürft hatten: "Ein Indianer kennt keinen Schmerz." Reiß dich zusammen, es geht gleich wieder, das war das Motto. Meine Oma übernahm dann: einmal pusten, "Heile, heile Segen" singen, Pflaster drauf, weitermachen. Nicht dass die schlechten Gefühle noch zu groß und wichtig werden.

Meine Großeltern hatten es als Kinder der Nachkriegsjahre vermutlich einfach nicht anders gelernt. "Für Jammern war kein Platz", sagt meine Oma. Heute ist sie achtzig. Anfang des Jahres musste sie nach sechs Jahrzehnten Ehe ihren Mann gehen lassen, meinen Opa. Sie hatte sich die letzten Monate rund um die Uhr um ihn gekümmert, sein Leiden stand im Mittelpunkt ihres Lebens. Nun hatte meine Oma auf einmal Zeit für sich selbst und konnte sich ihrem eigenen Schmerz widmen. Dem im Herzen, aber auch dem in ihren beiden kaputten Hüften, die sie lange vernachlässigt hatte. Sie kennt den Schmerz mittlerweile gut.

Spricht man mit Experten über das Schmerzproblem unserer Gesellschaft, dann ist da sehr viel Einerseits und Andererseits. Einerseits gab es in Deutschland noch nie so viele betagte Menschen wie meine Oma, und das Altwerden tut nun mal weh. Viele Krankheiten, an denen man früher gestorben wäre, kann die Medizin mittlerweile beherrschen. Dadurch aber nimmt der chronische Schmerz bei denen zu, die am Leben bleiben.

## **Mit geschärften Sinnen**

Dazu kommt der ungesunde Lebenswandel, der auch bei Jüngeren oft zu Muskelschwäche und Verspannung führt: schlechte Körperhaltung beim Scrollen auf dem Smartphone, zu wenig Bewegung, zu viel Sitzen im Büro, falsche Ernährung, Übergewicht. Die Menge an chronischem Schmerz, die in diesem Land erlitten wird, ist demnach tatsächlich hoch – und höher, als sie sein müsste. Nicht nur auf einen Termin in der Ambulanz in München wartet man lange, Millionen Menschen brauchen medizinische und therapeutische Hilfe. Einer Befragung zufolge dauert es im Schnitt vier Jahre von den ersten Symptomen bis zur spezifischen Behandlung einer Schmerzerkrankung.

**Bei diesem Thema sind sich alle Experten einig: In Deutschland gibt es zu wenige Schmerzspezialisten.**

Und doch höre ich auch Sätze, die mich an meinen Opa erinnern. "Man muss realisieren, dass ein bisschen Schmerz zum Leben dazugehört", sagt der Schmerzmediziner Michael Überall, Präsident der Deutschen Schmerzliga, Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Schmerzmedizin und Ehrenpreisträger des Deutschen Schmerzpreises. Er habe den Eindruck, viele von uns überschätzten den Schmerz. "Unsere Wunschvorstellung ist: Da ist eine Erkrankung, die lässt sich toll diagnostizieren. Dann hat man einen Schaden, den kann man toll behandeln oder operieren. Und dann ist man wieder beschwerdefrei." Doch so einfach sei es nicht. "Das Ziel kann nicht sein, dauerhaft schmerzfrei zu leben."

Die Folge der falschen Erwartungen, laut Überall: die Flucht in die Schmerzmittel. "Die Schwelle, ab der etwas genommen wird, sinkt kontinuierlich." Immer mehr von Ärzten verordnete Medikamente gehen über die Verkaufstische deutscher Apotheken; im Jahr 2006 noch 468 Millionen Tagesdosen, 2021 schon 731 Millionen. In der Münchner Schmerzambulanz sah ich so gut wie alle Patientinnen und Patienten nach ihrem Termin mit einem Päckchen Rezepte über den Gang laufen. Manche mussten, bevor sie die Rezepte bekamen, einen Vertrag unterschreiben, in dem sie versichern, ihre Medikamente nicht zu missbrauchen. In Deutschland wächst nämlich nicht nur die Zahl der Schmerzpatienten – sondern in ihrem Schatten auch die Zahl derer, die medikamentensüchtig sind.

Einen Tag nach ihrer Hüft-OP schrieb meine Oma in den Familienchat auf WhatsApp: "Mir geht's wirklich gut. Die Schmerzmittel werden durch Opiate ersetzt, du kannst sofort schmerzfrei laufen, hast eine gute Stimmung und schläfst gut. Was willst du mehr?" Das war der Moment, in dem mein Bruder, halb im Scherz, halb im Ernst, Bedarf anmeldete. Er ist 21 und gesund. Und nun interessierte er sich auf einmal für Omas Tilidin – ein Schmerzmittel aus der Gruppe der Opioide, also der Opiat-ähnlichen Substanzen, das ganz nebenbei eine beruhigend-euphorisierende Wirkung hat. Und abhängig macht, wenn man es anders als meine Oma nicht rechtzeitig absetzt.

Bei seinen Bekannten aus der Deutschrapp-Bubble könne er das Tilidin "für viel Cash verticken", sagte mein Bruder zu unserer Oma. Er selbst trinkt noch nicht einmal Alkohol. Aber schon seit längerem glorifizieren deutsche Rapper den Schmerzmittelrausch. Mehr als 100 Songs allein über Tilidin. Der 22-jährige T-Low, der auf TikTok Millionen Aufrufe hat und mehrere Entzüge hinter sich brachte, hat den Opioiden gleich ein ganzes Album gewidmet: Drug Related Lifestyle. So erreicht unser Schmerzproblem über Umwege auch die, denen eigentlich gar nichts wehtut. Zumindest körperlich.

## Wie hört sich eine Salzbrezel an?

Acht Uhr morgens in München-Bogenhausen, Hochsommer, aus den Bäckereien duftet es nach Brötchen, müde Menschen sind unterwegs zur Arbeit. Im Nordosten der Stadt liegt die Tagesklinik des Algesiologikums. Anders als in der Ambulanz wird hier von morgens bis nachmittags mit den Patienten gearbeitet, über mehrere Wochen hinweg. Die Inneneinrichtung der Klinik ist entsprechend der Psychologie der Farbwirkung gestaltet: grau, gelb, Erdtöne. Ich habe einen Recherchetermin, weil ich wissen will: Welche Behandlungsmethoden gibt es noch, neben den Medikamenten? Und was ist das eigentlich, das die Fachleute multimodale Schmerztherapie nennen?

Ich habe in den vergangenen Jahren vieles ausprobiert, worüber ich früher die Augen verdreht hätte. Ich habe "Progressive Muskelrelaxation" gegoogelt und eine Meditations-App heruntergeladen. Ich habe Salz mit Zitronensaft gemischt und als Shot runtergewürgt. Ich habe eiskalt geduscht, auf Kaffee, Alkohol und Schokolade verzichtet und meinen Kiefer massiert, erst im Uhrzeigersinn und dann gegen ihn. Ich habe mich zum Schwimmen gezwungen, habe einen ergonomischen Stuhl, eine Blaulichtfilterbrille und eine Shakti-Matte gekauft. Und mich ständig gefragt, ob ich vielleicht den einen Trick verpasse, der den Durchbruch bringen würde.

Einen Tag lang darf ich eine der Patientengruppen begleiten, unter der Voraussetzung, dass ich keine privaten Details preisgebe. Für mich ist diese Rolle herausfordernd – ich werde den Gedanken nicht los, dass ich hier nicht als Journalistin, sondern als Patientin auftauchen sollte. Außerdem fühle ich mich mit meinem Rock unter all den Leggings und Jogginghosen total deplatziert. Man beäugt mich misstrauisch.

Für die Gruppe bricht die fünfte und damit vorletzte Woche in der Klinik an. Sieben Frauen und ein Mann zwischen Mitte dreißig und Anfang siebzig sitzen in einem Stuhlkreis. Draußen auf dem Vorplatz plärren Kinder, drinnen lädt jetzt eine junge Therapeutin dazu ein, sich auf den eigenen Atem zu konzentrieren.

"Wie geht es Ihnen heute?", fragt die Therapeutin. "70 Prozent", sagt eine Patientin. Bei manchen anderen sind es nur 50, schlecht geschlafen, es sticht, es zwickt. Auch ich selbst ordne mich im Mittelfeld ein, ich stehe unter Strom, habe nachts wach gelegen. Eine Achtsamkeitsübung soll helfen: Wir formen unsere Handflächen zu einer sakralen Schale, in die jetzt eine kleine Salzbrezel platziert wird. Die Therapeutin: "Bitte noch nicht essen, nur anschauen!" Die nächsten Minuten verbringen wir in Stille damit, all unsere Aufmerksamkeit dem Gebäck zu widmen. Wie riecht eine Salzbrezel, wie fühlt, wie hört sie sich an?

Mit geschärften Sinnen und Teigresten zwischen den Zähnen rolle ich meine Schultern zurück für den nächsten Programmpunkt. Auf Anleitung eines Physiotherapeuten mobilisieren wir unsere Körper, vom kleinen Finger bis zum Fußrücken. Viele Schmerzpatienten fordert es heraus, in Bewegung zu kommen, sie haben sich jahrelang geschont und ihr Problem dadurch unbewusst verschlimmert. Beim Dehnen und Kreisen wird diskutiert und gejammert, aber auch gelacht. "Sie sind mein pain man!", sagt eine Patientin zu dem Therapeuten.

Frauen, das legen Studien nahe, leiden nicht nur häufiger unter Migräne als Männer, sondern auch generell häufiger sowie stärker unter Schmerzen. Gleichzeitig werden sie weniger ernst genommen und öfter falsch behandelt. In der Mittagspause, nach einem anderthalbstündigen Vortrag unter der Überschrift "Schmerzedukation", sitze ich mit fünf Patientinnen in der Cafeteria und esse Käsebrot. "Wie schön wäre es, wenn der Schmerz für das Gegenüber sichtbar wäre", sagt eine von ihnen. Ein Stirnband in Grün, malt die Gruppe sich aus, würde bedeuten: Alles ist okay. Rot: Sprich mich bitte nicht an.

## Das Gefühl, den Schmerz besser im Griff zu haben

"Wenn ich zu viel über den Schmerz rede, dann schenke ich ihm Aufmerksamkeit", sagt eine andere und wechselt das Thema. Über seine Leiden redet zumindest mit mir in dieser Klinik niemand gern. Lieber über das Glück, nach unzählbaren Arztbesuchen, Operationen und Opioidenzügen endlich hier zu sein, unter Menschen, die einen verstehen. Ich habe den Eindruck, die Tagesklinik ist noch mehr als das: ein Ort, an dem Leidende zu Experten für den eigenen Schmerz werden.

Nach der Mittagspause steht Qigong auf dem Stundenplan. Ganz schön viel Programm für Leute, denen es deutlich schlechter geht als mir, denke ich. Eine Therapeutin flattert in den Raum und weist uns in ehrlichstem Bayerisch in die chinesische Bewegungskunst ein. Dann, beim fünften Formen des Qi, klopft der Kopfschmerz an. Der frühe Wecker, zu wenig Essen, der Druck, alles beobachten und begreifen zu wollen. Migränepatientinnen wie ich sind bekannt dafür, Sinneseindrücke nur schlecht filtern zu können. Das merke ich ausgerechnet jetzt, wo ich Energien aus der Luft sammle und in meiner Mitte bündele. Die fließenden Bewegungen und der Fokus auf mein Inneres tun mir gut, aber den Schmerz werde ich für heute nicht mehr los. Auch nicht bequem auf eine Liege gebettet, in der Entspannungsübung am Ende des Tages. Da schickt man uns auf eine Gedankenreise zu einem Baum, wir sollen uns vorstellen, dass alle vier Jahreszeiten an ihm vorbeiziehen.

Der Druck auf die Stirn wird größer. Den Rest des Tages verbringe ich zu Hause im Bett. Immerhin blüht die imaginäre Kastanie.

Es wird Herbst. Obwohl ich mir weiter die Spritze setze, sind die Attacken jetzt wie früher. Mindestens zweimal die Woche bremsen sie mich aus. Ich google, warum das Prophylaxe-Medikament plötzlich seine Wirkung verliert, finde aber keine Antwort. Meiner Mutter schreibe ich: "Hab leider wieder schlimm Migräne, das zieht mich runter." Der Tiefpunkt ist erreicht, als ich auf einer abgelegenen Hütte in den Bergen so heftige Kopfschmerzen bekomme, dass ich aus Panik alle Tabletten schlucke, die ich in meinem Kulturbeutel finde (bitte nicht nachmachen). Meine ersten zwölf Stunden im Wanderurlaub: verschwunden in einem Medikamentennebel.

Erenumab ist nicht das Wundermittel, das ich mir gewünscht hatte. Meine Hoffnung auf ein neues Leben zerbröselte in Enttäuschung. Nach der siebten Spritze höre ich auf. Warum Erenumab bei mir nur am Anfang half und dann nicht mehr, können die Ärzte mir nicht sagen. Möglich, dass es der Placeboeffekt war.

Ich gehe noch einmal ins Algesiologikum zu Tamina Brinkschmidt. Diesmal als Patientin. Sie stellt viele Fragen: Wie hoch ist Ihre Arbeitsbelastung? Wie schützen Sie sich vor Stress? Machen Sie Entspannungsübungen? Sport? Schon mal an Psychotherapie gedacht? Sind Sie in einer Partnerschaft? Gibt es Migräne in Ihrer Familie? Wie war die Pandemiezeit für Sie, hatten Sie Ängste? Dann eine klare Ansage: "Wie Sie Ihre Tabletten genommen haben, das ist old-school. Eine Migräne muss man beherzt behandeln!" Künftig solle ich die Akutmedikamente nehmen, sobald ich mir das erste Mal an den Kopf fasse, nicht erst, wenn der Schmerz schon da ist.

Brinkschmidt entwickelt einen Plan für mich. Andere Akutmedikamente, Physiotherapie gegen Verspannungen, für die Notfälle ein Nasenspray. "Sie sind noch lange nicht am Ende", sagt sie zu mir. Ich verlasse die Praxis mit mehreren Rezepten in der Hand – und einem Schmerztagebuch, mit dessen Hilfe ich ab sofort meine Attacken dokumentieren soll.

27. Oktober: Migräne mit Aura von 16 bis 20 Uhr, Schmerzintensität 5 von 10, Lichtempfindlichkeit, 1x 50 mg Sumatriptan, dazu Etoricoxib. Sonstiges: Zu viel Kaffee?

Die Notizen wird Brinkschmidt beim nächsten Termin einscannen. Sie sollen ihr helfen, meine Kopfschmerzen besser kennenzulernen – mir geben sie schon jetzt das Gefühl, den Schmerz besser im Griff zu haben. Einmal, als ich das Schmerztagebuch auf meinem Schreibtisch betrachte, denke ich: Sollte es in hundert Jahren dank des medizinischen Fortschritts gar keine chronischen Schmerzen mehr geben, wären diese Aufzeichnungen vielleicht eine Art Zeitzeugnis, wie die Notizen des Arztes aus dem 17. Jahrhundert. So also war das, als die Menschen noch unter Migräne leiden mussten.

Die Aussicht auf neue, bessere Medikamente. Fachleute, die einem zuhören und aufklären. Techniken zur Entspannung und Ablenkung. Wie schlimm einem der Schmerz vorkommt, hängt auch davon ab, wie sehr man die Kontrolle über ihn zu haben glaubt. Das ist meine Erkenntnis am Ende der Reise von Experte zu Experte. Mir haben die vergangenen Monate nicht die Schmerzen genommen. Aber, bei aller Enttäuschung, die Ohnmacht, das bohrende Gefühl, ihnen schutzlos ausgeliefert zu sein.

Gerade freue ich mich auf die dunkle Jahreszeit, in der sich erfahrungsgemäß meine Migräne ein bisschen zurückzieht. Um das Frühjahr kümmere ich mich, wenn es da ist. Dann, wenn die Kastanien blühen.