

# Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit für Menschen mit chronischen Schmerzen

Mögliche Unterstützung im ambulanten Setting

Bachelor-Arbeit  
von Jennifer Vögtlin

Begleitet und beurteilt  
durch Judith Adler

Eingereicht am 01. August 2022  
Hochschule Luzern – Soziale Arbeit

**Bachelor-Arbeit**  
Ausbildungsgang **Sozialpädagogik**  
Kurs **VZ 2019-2022**

**Name Jennifer Vögtlin**

**Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit für Menschen mit chronischen  
Schmerzen**

**Mögliche Unterstützung im ambulanten Setting**

Diese Arbeit wurde am **01. August 2022** an der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit eingereicht. Für die inhaltliche Richtigkeit und Vollständigkeit wird durch die Hochschule Luzern keine Haftung übernommen.

---

Studierende räumen der Hochschule Luzern Verwendungs- und Verwertungsrechte an ihren im Rahmen des Studiums verfassten Arbeiten ein. Das Verwendungs- und Verwertungsrecht der Studierenden an ihren Arbeiten bleibt gewahrt (Art. 34 der Studienordnung).

---

Studentische Arbeiten der Hochschule Luzern – Soziale Arbeit werden unter einer Creative Commons Lizenz im Repository veröffentlicht und sind frei zugänglich.

---

**Originaldokument gespeichert auf LARA – Lucerne Open Access Repository and Archive  
der Zentral- und Hochschulbibliothek Luzern**



**Urheberrechtlicher Hinweis:**

**Dieses Werk ist unter einem Creative Commons Namensnennung-Keine kommerzielle Nutzung-Keine Bearbeitung 3.0 Schweiz (CC BY-NC-ND 3.0 CH) Lizenzvertrag lizenziert.**

Um die Lizenz anzuschauen, gehen Sie bitte zu <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch>

**Sie dürfen:**



**Teilen** — das Material in jedwedem Format oder Medium vervielfältigen und weiterverbreiten.

**Zu den folgenden Bedingungen:**



**Namensnennung** — Sie müssen angemessene Urheber- und Rechteangaben machen, einen Link zur Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Diese Angaben dürfen in jeder angemessenen Art und Weise gemacht werden, allerdings nicht so, dass der Eindruck entsteht, der Lizenzgeber unterstütze gerade Sie oder Ihre Nutzung besonders.



**Nicht kommerziell** — Sie dürfen das Material nicht für kommerzielle Zwecke nutzen.



**Keine Bearbeitungen** — Wenn Sie das Material remixen, verändern oder darauf anderweitig direkt aufbauen dürfen Sie die bearbeitete Fassung des Materials nicht verbreiten.

**Keine weiteren Einschränkungen** — Sie dürfen keine zusätzlichen Klauseln oder technische Verfahren einsetzen, die anderen rechtlich irgendetwas untersagen, was die Lizenz erlaubt.

Jede der vorgenannten Bedingungen kann aufgehoben werden, sofern Sie die Einwilligung des Rechteinhabers dazu erhalten.

Diese Lizenz lässt die Urheberpersönlichkeitsrechte nach Schweizer Recht unberührt.

Eine ausführliche Fassung des Lizenzvertrags befindet sich unter

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/ch/legalcode.de>

## **Vorwort der Schulleitung**

Die Bachelor-Arbeit ist Bestandteil und Abschluss der beruflichen Ausbildung an der Hochschule Luzern, Soziale Arbeit. Mit dieser Arbeit zeigen die Studierenden, dass sie fähig sind, einer berufsrelevanten Fragestellung systematisch nachzugehen, Antworten zu dieser Fragestellung zu erarbeiten und die eigenen Einsichten klar darzulegen. Das während der Ausbildung erworbene Wissen setzen sie so in Konsequenzen und Schlussfolgerungen für die eigene berufliche Praxis um.

Die Bachelor-Arbeit wird in Einzel- oder Gruppenarbeit parallel zum Unterricht im Zeitraum von zehn Monaten geschrieben. Gruppendynamische Aspekte, Eigenverantwortung, Auseinandersetzung mit formalen und konkret-subjektiven Ansprüchen und Standpunkten sowie die Behauptung in stark belasteten Situationen gehören also zum Kontext der Arbeit.

Von einer gefestigten Berufsidentität aus sind die neuen Fachleute fähig, soziale Probleme als ihren Gegenstand zu beurteilen und zu bewerten. Sozialpädagogisches Denken und Handeln ist vernetztes, ganzheitliches Denken und präzises, konkretes Handeln. Es ist daher nahe liegend, dass die Diplomandinnen und Diplomanden ihre Themen von verschiedenen Seiten beleuchten und betrachten, den eigenen Standpunkt klären und Stellung beziehen sowie auf der Handlungsebene Lösungsvorschläge oder Postulate formulieren.

Ihre Bachelor-Arbeit ist somit ein wichtiger Fachbeitrag an die breite thematische Entwicklung der professionellen Sozialen Arbeit im Spannungsfeld von Praxis und Wissenschaft. In diesem Sinne wünschen wir, dass die zukünftigen Sozialpädagog\*innen mit ihrem Beitrag auf fachliches Echo stossen und ihre Anregungen und Impulse von den Fachleuten aufgenommen werden.

Luzern, im August 2022

Hochschule Luzern, Soziale Arbeit  
Leitung Bachelor

## Abstract

Diese Bachelor-Arbeit befasst sich mit der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit für Menschen mit chronischen Schmerzen im ambulanten Setting. Es ist eine Forschungsarbeit, die versucht, die Frage: «Welche Art von Unterstützung wünschen sich Menschen mit chronischen Schmerzen?» zu beantworten. Dazu wurden drei Leitfadeninterviews mit Betroffenen geführt und ausgewertet. Die Antworten wurden in Zusammenhang mit Theorien der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit gebracht und zu Schlussfolgerungen für die Praxis gebündelt. Die Ergebnisse aus den Interviews waren sehr unterschiedlich und zeigen die Komplexität der Thematik, als auch die Individualität jedes Einzelnen im Umgang mit Schmerzen. Trotzdem konnte eine Tendenz festgestellt werden, die einen Handlungsbedarf in Form von Unterstützung für die Soziale Arbeit zeigt oder zumindest Vorteile darin sieht. Festzuhalten ist, dass es weiterer Forschung benötigt, um den Mehrwert des Einsatzes von Fachpersonen der Sozialen Arbeit im ambulanten Bereich für Menschen mit chronischen Schmerzen abbilden zu können.

## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich bei verschiedenen Personen für ihre Unterstützung beim Entstehen dieser Bachelorarbeit bedanken.

Ein grosser Dank geht an meinen Freund, der mich in schwierigen Phasen immer unterstützt hat, und an meine Mutter, die mir in unzähligen Gesprächen motivierend zur Seite stand und die Arbeit in ihrer Entstehung immer wieder gegenlas. Zudem möchte ich mich auch bei meinen Lektorinnen herzlich für ihre hilfreichen Anregungen bedanken.

Ein weiterer Dank geht an die Mitarbeiterinnen und Vorgesetzten der Physiotherapiepraxis *Move* in Olten, die es mir ermöglicht haben, die Interviewpartner\*innen zu finden und die Interviews in den Praxisräumlichkeiten durchzuführen. Natürlich möchte ich mich auch bei den drei Interviewpartner\*innen bedanken, die durch ihre Offenheit und ihre Zeit diese Forschungsarbeit erlaubten.

Ein grosses Dankeschön geht auch an Judith Adler, die mich in dieser Arbeit betreut hat und meine Fragen beantworten konnte.

Und zuletzt möchte ich auch Pascale Andermatt danken, die mich während unseres Studiums als Tandempartnerin und Freundin immer wieder motiviert und mich mit ihrem Wissen und ihrer Beratung unterstützt hat.

Vielen herzlichen Dank!

## Inhaltsverzeichnis

<b>Abstract</b> .....	<b>IV</b>
<b>Danksagung</b> .....	<b>V</b>
<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	<b>VI</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b> .....	<b>VIII</b>
<b>Tabellenverzeichnis</b> .....	<b>IX</b>
<b>1 Einleitung</b> .....	<b>1</b>
1.1 Fragestellung & Abgrenzung .....	1
1.2 Forschungsstand.....	3
1.3 Begriffsklärung: Chronische Schmerzen .....	5
1.4 Zielsetzung und Relevanz für die Soziale Arbeit .....	6
<b>2 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit</b> .....	<b>8</b>
2.1 Eingliederung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit .....	8
2.2 Soziale Arbeit und Gesundheit.....	10
2.2.1 Historische Entwicklung Sozialer Arbeit im Gesundheitsbereich .....	10
2.2.2 Gesundheitsförderung: Ottawa-Charta und Salutogenese .....	11
2.3 Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit .....	12
2.4 Praxisfelder und Auftrag gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit .....	15
2.5 Handlungswissen und Methodenkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit.....	16
2.6 Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit .....	19
<b>3 Schmerzen verstehen</b> .....	<b>22</b>
3.1 Klassifikation und Modelle .....	22
3.1.1 Definitionen von Gesundheit und Krankheit .....	22
3.1.2 Theorien und Modelle in der Medizin .....	23
3.2 Schmerzentstehung und -verarbeitung .....	25
3.2.1 Leitung von Impulsen – der Weg aus der Peripherie zum Gehirn .....	26
3.2.2 Heilungskräfte des Körpers – die Entzündung.....	28
3.2.3 Wenn Schmerzen bleiben ... ..	30
3.2.4 Schmerzmechanismen .....	32
3.3 Behandlungskonzepte.....	34
3.4 Gesellschaftliche Auswirkungen von chronischen Schmerzerkrankungen .....	37
<b>4 Leitfadeninterviews als Forschungsteil</b> .....	<b>39</b>

4.1	Erhebungsverfahren .....	40
4.2	Sampling.....	41
4.3	Art der Durchführung .....	43
4.4	Auswertungsverfahren (-methode).....	44
4.5	Reflexion des methodischen Vorgehens .....	45
<b>5</b>	<b>Erkenntnisse aus den Interviews .....</b>	<b>47</b>
5.1	Schmerz- und Krankheitsverständnis .....	47
5.2	Erlebte Unterstützung .....	50
5.3	Wünsche nach Unterstützung.....	52
5.4	Persönliche Veränderungen durch die Schmerzen .....	54
5.5	Zukunftsvision .....	57
5.6	Fazit zu den Erkenntnissen .....	59
<b>6</b>	<b>Verknüpfung von Theorie und Praxisbezügen .....</b>	<b>61</b>
6.1	Hilfen zur Lebensbewältigung.....	62
6.2	Handlungskonzepte .....	64
6.3	Methode der psychosozialen Beratung und des Coachings .....	66
6.4	Netzwerkarbeit – Interprofessionelle Zusammenarbeit .....	68
6.5	Aufgaben und Kompetenzen.....	69
<b>7</b>	<b>Schlussfolgerungen für die Praxis .....</b>	<b>71</b>
7.1	Handlungsbedarf .....	71
7.2	Möglichkeiten der Umsetzung .....	72
7.3	Grenzen und Ausblick .....	73
<b>8</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>75</b>
<b>9</b>	<b>Anhang.....</b>	<b>81</b>
A.	Gesprächsleitfaden für Interview .....	81
B	Tabellen mit Transkriptausschnitten .....	87

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Fragestellungen zu den verschiedenen Wissensarten (Quelle: eigene Darstellung) .....	2
Abbildung 2: Einteilung der verschiedenen Richtungen in der Sozialen Arbeit (Quelle: Husi & Villiger, 2012, S. 56) .....	9
Abbildung 3: Beziehung zwischen Medizin und Sozialer Arbeit und die Bearbeitung von Problemlagen nach dem bio-psycho-sozialen Modell (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sommerfeld, 2021, S. 28)..	12
Abbildung 4: Das biopsychosoziale Modell der ICF (Quelle: WHO, 2005, S. 23) .....	25
Abbildung 5: Weg aus der Peripherie zum Gehirn – Leitung von Impulsen (Quelle: Eigene Abbildung in Anlehnung an Neuro Orthopaedic Institute, 2020) .....	28
Abbildung 6: Verlauf der Schmerzintensität nach einer Verletzung (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Butler & Moseley, 2016, S. 40-41) .....	29
Abbildung 7: Input, Verarbeitung und Output (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Neuro Orthopaedic Institute, 2020) .....	33
Abbildung 8: Die Forschungsfrage (Quelle: eigene Darstellung) .....	39
Abbildung 9: Komponenten des Forschungsdesign mit zusammenfassenden Beschreibungen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Flick, 2009, S. 177) .....	40
Abbildung 10: Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews zum Thema «Wünsche nach Unterstützung» (Quelle: eigene Darstellung) .....	59
Abbildung 11: Frage zum Bewertungswissen (Quelle: eigene Darstellung) .....	61
Abbildung 12: Verknüpfung von SOC und SFC für die Beratung von Klienten (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Meier Magistretti, 2021, Folie 46) .....	67
Abbildung 13: Fragestellung zum Handlungs- und Gestaltungswissen (Quelle: eigene Darstellung) .....	71

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ziele einer multimodalen Schmerztherapie (Quelle: Sabatowski, 2017, S. 386, modifiziert nach Arnold, 2014).....	35
Tabelle 2: Interviewpartner*innen mit einigen erhobenen Merkmalen (Quelle: Eigene Darstellung).....	42
Tabelle 3: Überblick über die Kern- und Unterthemen, nach denen codiert wurde (Quelle: eigene Darstellung).....	45

## 1 Einleitung

Ich entschied mich nach der Matura, Physiotherapie zu studieren und schloss diese Ausbildung im Jahre 2011 ab. Danach arbeitete ich in einem Spital und anschliessend in einer ambulanten Praxis. Auf der Suche nach neuen Herausforderungen begann ich das Studium der Sozialen Arbeit an der Hochschule Luzern. Dabei wurde mir schnell bewusst, dass die zwei Berufsfelder viele Ähnlichkeiten und auch Überschneidungen aufweisen. Überrascht hat mich die Tatsache, dass die Zusammenarbeit im ambulanten medizinischen Bereich sozusagen inexistent ist. Die klinische Sozialarbeit ist zwar ein fester Bestandteil in der stationären Behandlung von Patienten, im ambulanten Setting gibt es jedoch kaum Berührungspunkte und ich kann aus meiner Erfahrung auch von keinen Kontakten berichten.

Durch mein Wissen über die Arbeit mit Menschen mit chronischen Schmerzen wurde diese Tatsache zusätzlich betont. Denn für mich hat sich die Hypothese ergeben, dass vor allem für Menschen mit chronischen Schmerzen eine Begleitung von Fachpersonen der Sozialen Arbeit sehr gewinnbringend sein könnte. Die Fähigkeiten im Bereich Beratung und Begleitung, als auch die Funktion als eine Art Netzwerkperson für verschiedene Fachpersonen, sind für mich Grund genug zu glauben, dass die Soziale Arbeit in diesem Bereich tätig werden sollte. Diese Hypothese war für mich Ausgangspunkt der Arbeit und wird ihren Verlauf begleiten.

Als erstes wird auf Ausgangslage und Forschungsstand eingegangen. Danach geht es um die Fragestellungen, die in der Arbeit beantwortet werden sollen. Es folgt eine Begriffserklärung. Zum Abschluss wird auf den Aufbau der Arbeit eingegangen und es werden die Zielsetzung und die Relevanz für die Soziale Arbeit erläutert.

### 1.1 Fragestellung & Abgrenzung

Diese Bachelor-Arbeit beschäftigt sich mit der Beantwortung verschiedener Fragen, die sich den unterschiedlichen Wissensformen zuordnen lassen. Diese Fragen wurden den Kapiteln der Arbeit zugeordnet und werden Schritt für Schritt beantwortet. Sie ergeben einen roten Faden in der Arbeit. Die untenstehende Abbildung gibt einen Überblick über die Fragen.



Abbildung 1: Fragestellungen zu den verschiedenen Wissensarten (Quelle: eigene Darstellung)

Um die Fragestellungen beantworten zu können, war aber auch eine Abgrenzung gegenüber anderen Themen nötig. Daher gilt es zu betonen, dass diese Arbeit sich nicht mit der Sicht von Fachleuten (z. B. Ärzte) auseinandersetzt. Die medizinische Sichtweise wird im Theorieteil abgebildet, aber die Forschungsfrage beschäftigt sich lediglich mit von chronischen Schmerzen Betroffenen. Natürlich kann das medizinische Vorwissen der Autorin nicht ausgeblendet werden, wird aber in diesem Zusammenhang als sowohl hilfreich für die Auswahl der Themengebiete als auch die Gewinnung von Interviewpartner\*innen für den geplanten Forschungsteil erachtet.

Der Begriff «chronische Schmerzen» wurde zudem sehr weit gefasst und nicht auf ein spezifisches Krankheitsbild fokussiert. Eine Eingrenzung auf ein Krankheitsbild erschien mit der Schwierigkeit der Rekrutierung von Interviewpartner\*innen nicht zielführend. Die verschiedenen Krankheitsbilder haben zwar jeweils Eigenheiten, aber wenn das Symptom Schmerz im Vordergrund steht, gab es für die Autorin keinen Grund, hier eine Unterscheidung zu machen.

## 1.2 Forschungsstand

Die Fachrichtung Sozialpädagogik und «chronische Schmerzen» bieten viele Resultate auf verschiedenen Datenbanken wie Swiscovery, Content-Select oder Google scholar. Eine Verknüpfung der Inhalte war aber nicht zu finden («Sozialpädagogik UND chronisch\* Schmerz\*»). Bei der Suche im Bereich Soziale Arbeit und chronische Schmerzen war das Bild ähnlich. Die Durchsicht der Titel ergab auch hier keine treffenden Ergebnisse. Dies bestätigte die Annahme, dass zwar im Rahmen einer Klinischen Sozialarbeit die Soziale Arbeit im Bereich Schmerzmanagement in spezialisierten Kliniken Teilaufgaben übernimmt, dass aber im ambulanten Setting keine Überschneidung der Gebiete vorhanden ist bzw. noch keine Forschung im deutschsprachigen Raum dazu stattgefunden hat.

Es wurde auch nach themaspezifischen Bachelor- und Masterarbeiten an den verschiedenen Hochschulen gesucht. Als Ergebnis dieser Suche können vier verschiedene Arbeiten herausgehoben werden. Im Jahre 2008 wurde von Gallati eine Arbeit mit dem Titel «wenn der Schmerz nicht nachlässt...» geschrieben. Dabei wurde mit Fragebogen eine Untersuchung bei

Menschen mit chronischen Schmerzen gemacht, bei der ihre Bedürfnisse abgefragt wurden. Die Auswertung der Fragebogen ergab, dass die Soziale Arbeit die gewünschte Unterstützung z. B. im Bereich von finanziellen Problemen bieten könnte. Die Autorin schlägt zudem vor, dass im ambulanten Bereich eine psychosoziale Beratungsstelle für Betroffene zugänglich gemacht werden sollte (Gallati, 2008, S. 46). Obwohl diese Arbeit vor längerer Zeit entstanden ist, konnte ich als Physiotherapeutin im Alltag keine Veränderungen beobachten. Daher erschien es sinnvoll, sich dieser Thematik wieder anzunehmen und mit Interviews ein noch detaillierteres Bild der Betroffenen aufzuzeigen.

Eine zweite Arbeit mit dem Titel «Soziale Arbeit in der Schmerzmedizin» beschrieb vor allem die Aufgaben der klinischen Sozialarbeit in Kliniken, die auf Menschen mit chronischen Schmerzen spezialisiert sind (Ulrich & Humbel, 2011). Die Autorinnen wollten das Verständnis über mögliche Tätigkeiten der Klinischen Sozialarbeit mit Menschen mit chronischen Schmerzen schaffen, damit dieses in die interdisziplinäre Teamarbeit integriert werden könnte (ebd., S. 1).

Zwei weitere spannende Arbeiten wurden an der ZAHW (Zürcher Hochschule) im Fachbereich Pflege mit dem Titel «Chronisch nicht-maligne Schmerzen und ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität» und «Psychosoziale Auswirkungen von Fibromyalgie. Dominierende Schmerzen am ganzen Körper verstehen» verfasst (Hermon & Kreis, 2021; Miglar & Gsell, 2020).

Insgesamt kann festgehalten werden, dass vor allem im medizinischen Bereich viele Studien und Forschungsarbeiten im Bereich «chronische Schmerzen» vorhanden sind und auch Fachbücher zur Schmerzmedizin bestehen. Es gibt auch Ratgeber von Betroffenen oder Stiftungen für Betroffene, die unterschiedliche Ansätze zur Behandlung der Schmerzzustände vorschlagen und aufzeigen.

Obwohl auch die Soziale Arbeit breit diskutiert und in Theoriebüchern und Aufsätzen abgebildet wird, bleibt die Verbindung zwischen Betroffenen mit chronischen Schmerzen und der Sozialen Arbeit weitgehend inexistent. Mögliche Ansätze für die Soziale Arbeit im Bereich Gesundheit werden im Kapitel 2 aufgegriffen.

### 1.3 Begriffsklärung: Chronische Schmerzen

In dieser Arbeit sind vor allem die Begrifflichkeiten rund um das Thema «chronische Schmerzen» interessant und wichtig. Es gibt verschiedene Synonyme wie z. B. chronisches Schmerzsyndrom oder Dauerschmerz und auch verschiedene Diagnosen, die den «chronischen Schmerz» beinhalten, wie z. B. Fibromyalgie oder Schleudertrauma.

Im medizinischen Online-Wörterbuch, dem Pschyrembel, wird chronisch folgendermassen definiert: «langsam sich entwickelnd, langsam verlaufend; im klinischen Sprachgebrauch ein (psychopathologischer) Zustand, der sich durch eine persistierende Symptomatik auszeichnet. Der gegensätzliche Begriff zu chronisch lautet akut.» (Pschyrembel Redaktion, 2016a).

Der Begriff Schmerz wird im gleichen Wörterbuch unter Berufung auf die International Association for the Study of Pain (IASP) folgendermassen definiert: «unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktuellem oder potenziellen Gewebeschädigungen verknüpft ist oder mit Begriffen solcher Schädigungen beschrieben wird. Schmerz kommt akut als Symptom und Schutzfunktion vor oder in chronischer Form mit eigenständigem Krankheitswert.» (Pschyrembel Redaktion, 2016b).

Wenn man diese zwei Erklärungen nun zusammennimmt, zeigt sich, dass akuter Schmerz von chronischem Schmerz unterschieden werden muss. Dies ist aber nicht immer einfach (Flor et al., 2021, S. 2). Vor allem in der Praxis kann es zu Schwierigkeiten der Abgrenzung kommen. Chronischer Schmerz hat seine Warnfunktion verloren und führt oft zu Gefühlen der Hilflosigkeit, Depression und Irritabilität (ebd., S. 2). In der Folge kommt es zu Inaktivität der Betroffenen, Medikamentenmissbrauch und sogar zu Invalidität (ebd., S. 2).

Im klinischen und wissenschaftlichen Bereich wird die Definition von chronischen Schmerzen häufig über die Zeit der Schmerzdauer definiert. Ab 3 (oder 6) Monaten spricht man dann von chronischen Schmerzzuständen (ebd., S. 2-3). Flor et al. (2021) zeigen hier aber mehrere Problematiken auf, die eine Definition lediglich über die Zeitdauer erschweren, und schlagen die Berücksichtigung von zumindest der Intensität, der räumlichen Schmerzausbreitung und der schmerzbedingten Beeinträchtigung vor (S. 2-3).

Die gebräuchlichste Definition zum chronischen Schmerzsyndrom ist trotz diesen Ausführungen immer noch jene, die sich wieder im Pschyrembel finden lässt: «Zustand mit

anhaltenden oder rezidivierenden Schmerzen, der seit mindestens 6 Monaten besteht. In der Folge kann der Schmerz zum Mittelpunkt des Denkens und Handelns werden, seine ursprüngliche Warnfunktion für körperliche Störungen verlieren und sich verselbständigen» (Bucher, 2017).

Neben der Definition ist auch die Klassifikation von chronischen Schmerzsyndromen schwierig. Häufig wird der Multidimensionalität des Schmerzes nicht entsprochen. In der neuen Internationalen Klassifikation von Krankheiten (ICD-11) werden nun affektive, kognitive und verhaltensbezogene Komponenten berücksichtigt, was einen Fortschritt darstellt (Flor et al., 2021, S. 4-5). Schmerz wird das erste Mal als eigenständige Erkrankung anerkannt (Maurer, 2020, S. 977).

Grundsätzlich können Schmerzen fast überall entstehen. Am häufigsten treten sie aber als Rücken- oder Kopfschmerzen auf und können sich bei einer Chronifizierung dann auf weitere Orte im Körper ausbreiten (Flor et al., 2021, S. 9).

Diese Ausführungen zeigen die Komplexität der Thematik sowie Schwierigkeiten in Diagnostik und Behandlung klar auf.

## **1.4 Zielsetzung und Relevanz für die Soziale Arbeit**

Aus dem Berufskodex geht hervor, dass sich die Soziale Arbeit um aktuelle Problemlagen der Menschen kümmert und versucht, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben (AvenirSocial, 2010, S. 6/8). Um dieses Versprechen einlösen zu können, sollte sich die Soziale Arbeit in der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen positionieren und unterstützend einwirken. Denn die Zahlen sprechen eine deutliche Sprache. Eine europäische Studie «Pain in Europe» (Breivik et al., 2006) bildete ab, dass rund 20% der Bevölkerung unter chronischen Schmerzen leiden. Daneben zeigte die Studie zusätzliche Belastungen, denen die Betroffenen ausgesetzt sind. So gaben 21% an, auch an Depressionen zu leiden, 61% konnten weniger oder gar nicht arbeiten, 13% waren gezwungen, ihre Beschäftigung zu wechseln und 19% hatten ihre Arbeit verloren. Eine weitere wichtige Erkenntnis ist, dass 40% der Patienten ihre Schmerztherapie als nicht adäquat erlebten bzw. einschätzten (Flor et al., 2021, S. 10).

Die Kosten, welche durch die Schmerzbehandlungen und Arbeitsausfälle, die Abgabe von Medikamenten und die Folgen durch Abhängigkeit entstehen, sind riesig. Ein Bericht aus Australien schätzt die Kosten für einen einzelnen Menschen mit chronischen Schmerzen pro Jahr auf 22'588-42'979 \$ (Cohen et al., 2021, S. 2083). Dabei darf aber nicht vergessen werden, welche Auswirkungen die Schmerzen zusätzlich auf den Menschen und seine Lebensqualität haben.

Es sollte deutlich geworden sein, dass hier eine aktuelle Problemlage besteht, der sich die Soziale Arbeit annehmen sollte. Um den Handlungsbedarf zu klären, wird diese Bachelor-Arbeit als Forschungsarbeit umgesetzt. Der einführende Theorieteil, indem auf konkrete Behandlungsmöglichkeiten und Fragen zum Beschreibungs- und Erklärungswissen eingegangen wird, folgt in den nächsten zwei Kapiteln. Anschliessend soll die Forschungsmethodik, die Forschungsfrage und die Auswertung der Leitfadeninterviews thematisiert werden. Zum Schluss werden Möglichkeiten und Schlussfolgerungen für die Praxis aufgezeigt werden und die Arbeit beendet.

## 2 Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit

Im folgenden Kapitel wird die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit beschrieben. Dazu wird zuerst zwischen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und soziokultureller Animation differenziert. Danach wird erläutert, wie Soziale Arbeit und Gesundheit zusammenspielen. Es wird auf die historische Entwicklung eingegangen und die Gesundheitsförderung als Aufgabe der Sozialen Arbeit explizit gemacht. Im Folgenden werden der Auftrag und das Arbeitsfeld, Kompetenzen, Theorien und Methoden erläutert, um das Handeln in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit genauer beschreiben zu können. Insgesamt soll die folgende Fragestellung beantwortet werden: «Was ist gesundheitsbezogene Soziale Arbeit?»

### 2.1 Eingliederung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit

Im Verständnis der Hochschule Luzern wird eine Aufteilung der Sozialen Arbeit in Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Soziokulturelle Animation gemacht. Diese Differenzierung ist seit langer Zeit umstritten bzw. wird breit diskutiert. Mühlum (2001) hat eine hilfreiche Übersicht vorgeschlagen (S. 13). Er unterscheidet die folgenden Möglichkeiten: Divergenz-, Subordinations-, Substitutions-, Identitäts- und Subsumtionstheorem (Husi & Villiger, 2012, S. 38). Das Modell der Hochschule Luzern kann dem Subsumtionstheorem zugeordnet werden.

Vor allem Theoretiker sehen die Soziale Arbeit in zwei Bereiche durch die historische Entstehung und Entwicklung getrennt, denn die Sozialarbeit soll seit 2000 Jahren, die Sozialpädagogik erst seit 100-200 Jahren bestehen (Buchkremer, 2009, S. 10-12). Sozialpädagogik fokussiert auf Erziehung und Bildung oder auch Entwicklung und Sozialisation und Sozialarbeit auf Hilfe und Unterstützung und Lebenslagen und Soziale Probleme (Husi & Villiger, 2012, S. 13/18). In der Schweiz existiert zudem die Richtung Soziokulturelle Animation als Studienrichtung und Berufsbezeichnung (Kühne, 2008, S. 795).

Husi & Villiger (2012) wagen mit der untenstehenden Abbildung eine Einteilung, die die gesellschaftliche Aufgabe, den Gegenstand, die Tätigkeiten und mögliche Zielgruppen abbildet (S. 56).

<b>Berufsfeld/-profil</b>	<b>Gesellschaftliche Aufgabe</b>	<b>Gegenstände (Soziale Arbeit an)</b>	<b>Tätigkeiten (Soziale Arbeit als)</b>	<b>Zielgruppen (Soziale Arbeit für)</b>
Sozialarbeit	Inklusion	veränderungswerte individuelle äussere Lebensgrundlagen	nachrangige Inklusionshilfe	z.B. Arme
Sozialpädagogik	Sozialisation	veränderungswerte Subjektivität	nachrangige Sozialisationshilfe	z.B. Behinderte
Sozio-kulturelle Animation	Kohäsion	veränderungswertes Zusammenleben	nachrangige Kohäsionshilfe	z.B. Quartierbevölkerungen

Abbildung 2: Einteilung der verschiedenen Richtungen in der Sozialen Arbeit (Quelle: Husi & Villiger, 2012, S. 56)

In den Augen der Autorin, können Aspekte der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit allen drei Berufsfeldern zugeordnet werden. Daher wird in dieser Arbeit darauf verzichtet einen Fokus auf ein Berufsfeld zu legen und im Folgenden von der Sozialen Arbeit als Oberbegriff ausgegangen. Aus diesem Grund wird hier die international geltende Definition der Sozialen Arbeit von AvenirSocial (2014) wie folgt übersetzt, dargelegt:

Soziale Arbeit fördert als Profession und wissenschaftliche Disziplin gesellschaftliche Veränderungen und Entwicklungen, den sozialen Zusammenhalt und die Ermächtigung und Befreiung von Menschen. Dabei sind die Prinzipien der sozialen Gerechtigkeit, der Menschenrechte, der gemeinschaftlichen Verantwortung und die Anerkennung der Verschiedenheit richtungweisend. Soziale Arbeit wirkt auf Sozialstrukturen und befähigt Menschen so, dass sie die Herausforderungen des Lebens angehen und Wohlbefinden erreichen können. Dabei stützt sie sich auf Theorien der eigenen Disziplinen, der Human- und Sozialwissenschaften sowie auf wissenschaftlich reflektiertes indigenes Wissen.

Die Grundwerte der Sozialen Arbeit umfassen unter dem Punkt Menschenwürde und Menschenrechte z. B. den Grundsatz der Selbstbestimmung, der Integration und der Ermächtigung (AvenirSocial, 2010, S. 8-9), die im Zusammenhang mit dieser Arbeit von besonderem Interesse sind.

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit wird also unter dem Oberbegriff Soziale Arbeit gesehen und beinhaltet vielfältige Aufgaben, auf die in den weiteren Kapiteln eingegangen wird. Im

nächsten Abschnitt wird die Verbindung von Sozialer Arbeit und Gesundheit vertieft erarbeitet.

## **2.2 Soziale Arbeit und Gesundheit**

Die Gesundheit des Menschen ist seit jeher mit der Sozialen Arbeit verbunden. Gerade die Jahre ab 2020 haben gezeigt, dass das soziale Zusammenleben durch die Corona-Pandemie deutlich erschwert wurde (Dettmers, 2021, S. 13). Dieser Zusammenhang zwischen Sozialer Arbeit und Gesundheit besteht schon sehr lange und wird im Folgenden zuerst historisch aufgearbeitet und danach in international anerkannte Konzepte eingebettet.

### **2.2.1 Historische Entwicklung Sozialer Arbeit im Gesundheitsbereich**

Zu Beginn waren Gesundheitsförderung und Armutsbekämpfung eng verbunden. Während der Industrialisierung im 19. Jahrhundert entwickelten sich grosse soziale Probleme, die dann in gesundheitlichen Problemen der Bevölkerung deutlich wurden. Die Lebensverhältnisse wurden allmählich für Armut, Gesundheit und Krankheit verantwortlich gemacht und somit waren Überlebenshilfe, Hygiene, Familienplanung, Suchtberatung und Gesundheitsversorgung die primären Arbeitsfelder der sozialarbeiterisch tätigen Fachpersonen. Zu Beginn des 20. Jahrhunderts brachte die sogenannte «Fürsorgebewegung» eine eigenständige Gesundheitsfürsorge hervor. Der Fokus lag auf gesundheitlichen Problemen, die nicht durch die medizinische Versorgung gedeckt waren. Auch psychosoziale Aufgaben in Krankenhäusern, Beratungsstellen und Rehabilitationseinrichtungen wurden durch die Soziale Arbeit übernommen. Nach einem grossen Aufschwung der Gesundheitsförderung in der Sozialen Arbeit in den 1920er Jahren folgte ein Bruch während der Zeit des «Dritten Reichs» (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 222-223).

Diese Trennung von Gesundheit und Sozialer Arbeit besteht bis heute, obwohl getrennt-parallele Entwicklungen beobachtet werden können und die Gründung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) 1948 eine Möglichkeit des Anschlusses für die Soziale

Arbeit geboten hätte. Vor allem Parallelen zur sogenannten Salutogenese, sind erkennbar (Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 224) und könnten von der Sozialen Arbeit vermehrt genutzt werden: «Die salutogene Sichtweise beinhaltet die Stärkung der Gesundheit der Menschen mit dem Ziel, Menschen zu befähigen, ein produktives und angenehmes Leben zu führen. Menschenrechte sind die Basis dafür und ermöglichen Gerechtigkeit, Empowerment und Partizipation» (Eriksson & Lindström, 2008, S. 95; zit. in Gabriel-Schärer & Meier Magistretti, 2019, S. 222). In diesem Zitat sind viele Begrifflichkeiten, die auch im Berufskodex von AvenirSocial auftauchen, und sie zeigen die Anschlussmöglichkeit an dieses Konzept. Im nächsten Abschnitt wird nun vertiefter darauf eingegangen.

## 2.2.2 Gesundheitsförderung: Ottawa-Charta und Salutogenese

Die Sichtweise der Salutogenese ist auch in der Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung enthalten, die von der WHO (1986) verabschiedet wurde:

Gesundheitsförderung zielt auf einen Prozess, allen Menschen ein höheres Maß an Selbstbestimmung über ihre Gesundheit zu ermöglichen und sie damit zur Stärkung ihrer Gesundheit zu befähigen. Um ein umfassendes körperliches, seelisches und soziales Wohlbefinden zu erlangen, ist es notwendig, dass sowohl einzelne als auch Gruppen ihre Bedürfnisse befriedigen, ihre Wünsche und Hoffnungen wahrnehmen und verwirklichen sowie ihre Umwelt meistern bzw. verändern können. In diesem Sinne ist die Gesundheit als ein wesentlicher Bestandteil des alltäglichen Lebens zu verstehen und nicht als vorrangiges Lebensziel. Gesundheit steht für ein positives Konzept, das in gleicher Weise die Bedeutung sozialer und individueller Ressourcen für die Gesundheit betont wie die körperlichen Fähigkeiten. Die Verantwortung für Gesundheitsförderung liegt deshalb nicht nur bei dem Gesundheitssektor, sondern bei allen Politikbereichen und zielt über die Entwicklung gesünderer Lebensweisen hinaus auf die Förderung von umfassendem Wohlbefinden hin.

Aus diesem Text geht hervor, dass die Ziele, welche die Weltgesundheitsorganisation verfolgt auch die Ziele der Sozialen Arbeit sein können beziehungsweise eine interdisziplinäre Zusammenarbeit in diesem Bereich unerlässlich ist.

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass neben historischen Parallelen auch inhaltliche bestehen. Es geht nämlich in der Gesundheitsförderung und in der Sozialen Arbeit um die Befähigung der Patienten, mehr Kontrolle über die Beeinflussung der Gesundheit zu erhalten. Zudem werden Verbindungen zur Lebensweltorientierung sichtbar und es geht

darum, Ressourcen zu stärken. «Soziale Arbeit ist salutogene Arbeit, wenn sie Ressourcen stärkt und damit Gesundheit ermöglicht» zitiert Gabriel-Schärer & Meier Magistretti (2019) in ihrem Text zu Salutogenese und Soziale Arbeit – Gemeinsamkeiten und Lernfelder (S. 227).

Die oben genannten starken Verbindungen zwischen Sozialer Arbeit und Gesundheit haben dazu geführt, dass eine Theorie zur gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit formuliert wurde, auf die im Folgenden eingegangen wird.

### 2.3 Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit

Gesundheitsbezogene Soziale Arbeit orientiert sich nicht am «Heilen», sondern an «Hilfen zur Lebensbewältigung». Zudem ist der Bezugspunkt das bio-psycho-soziale Denkmodell (Sommerfeld, 2021, S. 28), auf welches im Kapitel 3.1.1 differenziert eingegangen wird. Den Hintergrund dieses Modells bildet die Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialer Arbeit, wie die folgende Abbildung zeigt.

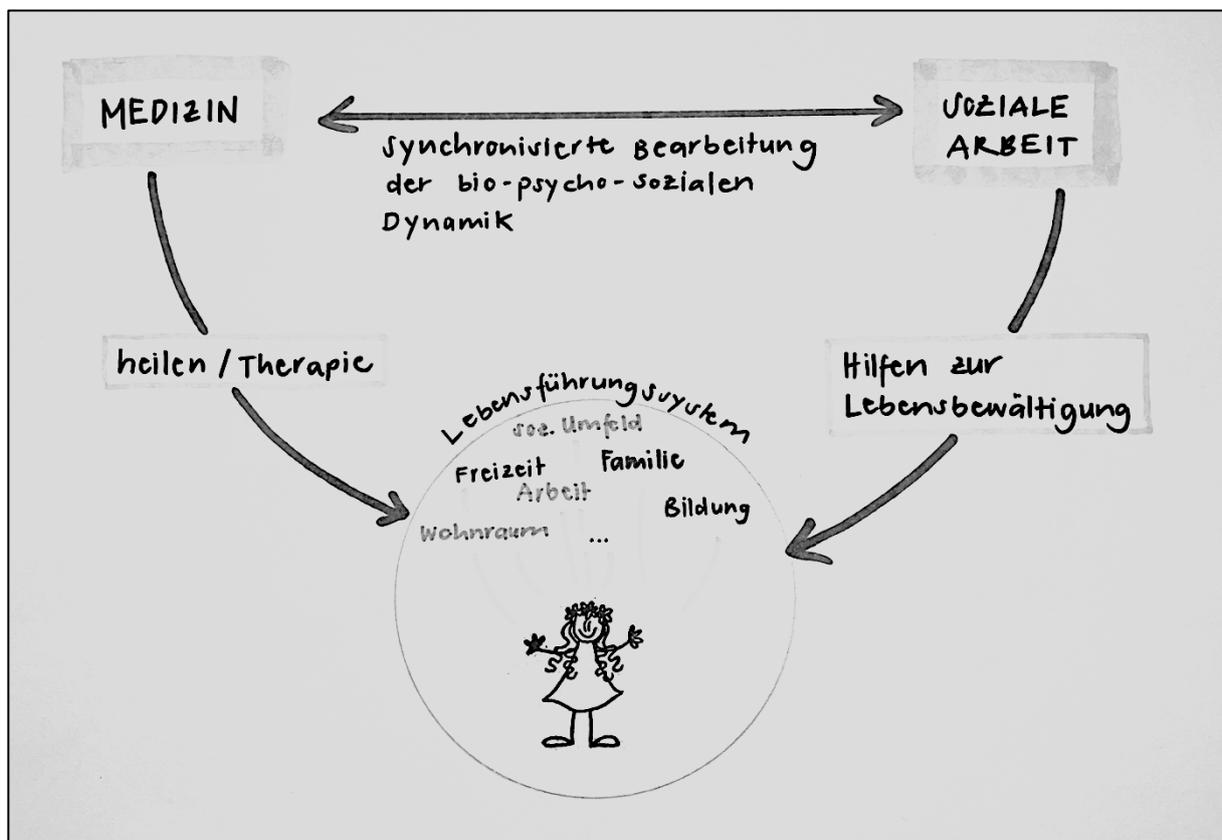


Abbildung 3: Beziehung zwischen Medizin und Sozialer Arbeit und die Bearbeitung von Problemlagen nach dem bio-psycho-sozialen Modell (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Sommerfeld, 2021, S. 28)

Es gibt eine Vielzahl von Theorien der Sozialen Arbeit. In diesem Abschnitt wird eine Auswahl getroffen, die einen Bezug zur gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit ermöglichen soll. Im allgemeinen Verständnis wird eine Verbindung zwischen Individuum und Gesellschaft als zentral bewertet (Sommerfeld, 2021, S. 29). Verschiedene Theoretiker haben Begriffe für diese Betrachtung entworfen. Böhnisch (1994) spricht von der «Lebensbewältigung», Thiersch (2014) vom «gelingenden Alltag», Staub-Bernasconi (1994) fasst die «sozialen Probleme» systemisch und Karls und Wandrei (1994) haben den «person in environment Ansatz» gewählt (ebd., S. 29). Sommerfeld (2021) spricht schliesslich vom Doppelbegriff «Integration und Lebensführung» und begründet seine Theorie mit der Anschlussfähigkeit an das bio-psycho-soziale Modell (S. 29).

Das Individuum wird als eigenständig, sozial sowie sozial bestimmtes Wesen beschrieben. Auch dieser Inhalt wird mit dem Begriffspaar von «Integration und Lebensführung» bereits zum Ausdruck gebracht (ebd., S. 29). Das Gehirn des Menschen ermöglicht eine Auseinandersetzung mit der Welt und die Bildung von sozio-kulturellen Systemen (Integration) (ebd., S. 29-30). Zusammengefasst ist die menschliche Lebensführung also durch eine innere bio-psychische und eine äussere soziale und sozio-kulturelle Seite geprägt. Die Theorie wird systemisch gedacht und die verschiedenen Ebenen dynamisch verbunden (ebd., S. 31). Der Gegenstand dieser Theorie ist das Individuum mit seiner Ausstattung wie z. B. Ressourcen, Kompetenzen und Problematiken und zusätzlich die Form seiner Integration (ebd., S. 30-31). Das Ziel der Sozialen Arbeit ist es, das Individuum zu unterstützen, sodass Potenziale im Hinblick auf die Lebensführung erschlossen werden können und somit zu einem «gelingenden Alltag» nach Thiersch hingeführt werden kann (ebd., S. 31). Es geht auch darum neue Potenziale durch variierte Lebensführung zu bilden (ebd., S. 32). Die menschlichen Bedürfnisse sind in diesem Zusammenhang in Anlehnung an die Bedürfnistheorie nach Obrecht von grosser Bedeutung. Wenn es zu Bedürfnisspannungen kommt, also wenn Bedürfnisse nicht befriedigt werden können, hat dies einen Einfluss auf die Aktivitäten der Lebensführung (ebd., S. 31).

Die Funktion der Sozialen Arbeit wird von Sommerfeld (2021) folgendermassen definiert: «Die Soziale Arbeit bearbeitet das für moderne, demokratische, funktional differenzierte und kapitalistische Gesellschaften konstitutive Integrationsproblem, das sich in gesellschaftlich randständigen, psycho-sozial problembeladenen, im Hinblick auf Teilhabe und

Ressourcenausstattung unterprivilegierten Lebenslagen und Formen der Lebensführung materialisiert.» (S. 32) Aus dieser Definition kann abgeleitet werden, dass die Soziale Arbeit somit in diversen Arbeitsfeldern tätig ist und Menschen bei Problemen der Lebensführung unterstützt – auch im Bereich Gesundheit und Krankheit (Sommerfeld, 2021, S. 32). So kann eine Krankheit erschweren oder sogar verunmöglichen, die Entwicklungsaufgaben, die im Lebensverlauf anstehen, zu bewältigen (ebd., S. 33). Es kann festgehalten werden, dass eine chronische Erkrankung das Lebensführungssystem eines Menschen erschüttert und dies zu desintegrativen Prozessen führen kann, wenn die Soziale Arbeit hier keine Unterstützung bietet und nach dem bio-psycho-sozialen Modell interveniert. Wenn es hingegen gelingt, die Lebensführungssysteme zu unterstützen und Ressourcen aktiviert werden können, kann auch eine schwere Erkrankung positiv beeinflusst werden (ebd., S. 33-34). Spezifischer kann also gesagt werden, dass die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit einen Beitrag zur möglichst vollständigen Teilhabe von kranken Menschen an der Gesellschaft leisten, und die Menschen in ihrer Lebensbewältigung unterstützen und begleiten soll (ebd., S. 34). Im Sinne von Böhnisch geht es um die (Wieder-)Herstellung der «Handlungsfähigkeit» (ebd., S. 34). Abschliessend kann die Zuständigkeit der Sozialen Arbeit in der gesundheitsbezogenen Zusammenarbeit auf die spezialisierte Bearbeitung der sozialen Dimension von Gesundheit und Krankheit der Menschen festgelegt werden (ebd., S. 34). Eine klare Abgrenzung von der Klinischen Sozialarbeit ist laut Schütte-Bäumner (2021) nicht möglich (S. 70).

An dieser Stelle soll noch etwas konkreter auf die Aufgaben eingegangen werden. Die Aufgabenbeschreibungen im Bereich der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit sind teilweise sehr diffus. Ein Schritt für die weitere Professionalisierung beinhaltet das Ziel, diese Aufgaben klarer zu definieren. Klarheit besteht bei den folgenden Inhalten:

- Soziale Arbeit bezieht sich auf den Lebensverlauf von Menschen.
- Gegenstand ist das Lebensführungssystem (Gestalt, Struktur, Dynamik).
- Jeder Mensch hat Ressourcen, um Bewältigungsaufgaben zu meistern. Aktivierung und Schaffung von Stabilitätsbedingungen.

- Erkrankung stellt Herausforderungen: Soziale Arbeit soll den Wandel begleiten, Zieldefinitionen (subjektive Zukunftsvisionen) ermöglichen und die Alltagsbewältigung sicherstellen.

Die oben genannten Stichpunkte können noch ergänzt werden. Zentral ist die Befähigung der Menschen, mit ihrer Krankheit umzugehen. Die Begleitung wird als Prozess verstanden, denn die Herausforderungen können sich verändern. Zur methodischen Grundausstattung gehören, Case Management, psycho-soziale Beratung und soziale Netzwerkarbeit. Und zuletzt muss Soziale Arbeit im Gesundheitswesen immer interprofessionell gedacht werden, denn wie das bio-psycho-soziale Modell zeigt, ist das Zusammenspiel der verschiedenen Ebenen wichtig (Sommerfeld, 2021, S. 35-37).

Weiter wird aufgezeigt, in welchen Praxisfeldern die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit stattfindet und was ihr Auftrag ist.

## **2.4 Praxisfelder und Auftrag gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit**

Laut Pauls (2021) leistet die Soziale Arbeit in der gesundheitlichen Versorgung einen wichtigen Beitrag für Menschen, die gesundheitlich gefährdet oder erkrankt sind, welcher sonst nicht abgedeckt werden würde (S. 11). Dabei werden einerseits Fachvertreter\*innen, die einen gesellschaftspolitischen, soziologischen, sozialstrukturellen oder pädagogischen Gesundheitsbezug erfüllen, als auch Vertreter\*innen der klinischen Sozialarbeit berücksichtigt. Gemein ist allen, dass Problemstellungen, Störungsbilder, körperliche oder psychische Erkrankungen von Menschen an unterschiedlichsten Orten und somit in verschiedenen Praxisfeldern bearbeitet werden (ebd., S. 11). Die Anzahl an Praxisfeldern wird dabei als unübersichtlich beschrieben (Dettmers, 2021, S. 18). Eine umfassende Liste hat die Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit (DVSG) im Jahre 2015 erstellt (ebd., S. 19).

In diesen Praxisfeldern besteht die Hauptaufgabe der Sozialen Arbeit darin, Menschen mit faktischen oder potenziellen gesundheitlichen Einschränkungen in ihrer autonomen Alltagsgestaltung zu befähigen (ebd., S. 19). Die soziale Sicherung, soziale Unterstützung und persönliche Entwicklung von Menschen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen

und ihren Angehörigen muss durch die Soziale Arbeit durch geeignete Interventionen unterstützt werden (Dettmers, 2021, S. 19).

Weiter sollen das Handlungswissen und die Methodenkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit erläutert werden.

## **2.5 Handlungswissen und Methodenkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit**

Chronische Erkrankungen bei Menschen fordern die Soziale Arbeit auf, ihre Adressat\*innen mit Blick auf deren Ressourcen und ihr Selbstbestimmungsrecht zu unterstützen. Die Herausforderung besteht darin, niederschwellige, aufsuchende und psychosozial konstituierte Handlungsansätze zu entwickeln und soziale Hilfen anzubieten (Schütte-Bäumner, 2021, S. 65). Wie bereits erwähnt orientiert sich die Soziale Arbeit eher am Kontinuum von Gesundheit und Krankheit, welches in der Salutogenese definiert liegt. Diese Ansicht kann als Gegensatz zur medizinischen Sichtweise gesehen werden, denn dort werden erkrankte Menschen besonders vulnerabel dargestellt und sogar deren Unvermögen bzw. Vermögen als Grund für Krankheit gesehen. Diese Akzentuierung auf individuelle Verhaltensweisen sieht die Soziale Arbeit kritisch (ebd., S. 65-66). Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit schlägt einen situativen Ansatz im Sinne der «Person-in-environment-Sichtweise» vor, um die biomedizinische Sichtweise zu ergänzen. Dabei sollen das Selbstbestimmungsrecht in den Vordergrund gestellt und partizipative, entstigmatisierende Prozesse angetrieben werden (ebd., S. 66-67).

Buchkremer (2009) beschreibt Handlungskonzepte der Sozialpädagogik (S. 356), die sich grösstenteils mit den oben genannten Inhalten decken. Partizipation, Empowerment und Case Management sind Handlungskonzepte, die auch in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit integriert werden können. Daher werden diese näher beschrieben.

Partizipation kann mit Teilhabe übersetzt werden und beschreibt die Beteiligung von Menschen als Expert\*innen ihrer Lebenswirklichkeit an sozialpädagogischen/-arbeiterischen Handlungen. Dadurch werden auch Selbsthilfepotenziale gefördert (Debiel, 2009, S. 360-361).

Empowerment wird wichtig, wenn Gefühle der Minderwertigkeit nicht überwunden werden können. Diese Gefühle entstehen z. B. bei Unfällen, Krankheiten und Behinderungen, die eine schwere Hilfebedürftigkeit auslösen und die Betroffenen in deren Folge auf übliche Autonomie verzichten müssen. Aber auch externe Zuschreibungen oder der Mangel an Hilfe bei Anstrengung «es selbst zu tun» können Auslöser sein (Buchkremer, 2009, S. 363-369). Socialnet (2022) definiert den Begriff wie folgt: «(...) zielt auf die (Wieder-) Herstellung von Selbstbestimmung über die Umstände des eigenen Lebens.» Es wird zudem zwischen politischem und psychologischem Empowerment unterschieden und der Begriff «Sharing Power» als sensibler Umgang mit der Expertenmacht thematisiert (Socialnet, 2022).

Das Konzept Case Management kann als methodisches Vorgehen bei einem Fall, bei dem unterschiedliche Personen und Instanzen beteiligt sind, beschrieben werden. Synonyme können Unterstützungsmanagement, Fallmanagement und Patientenmanagement sein. Der letzte Ausdruck weist auf die Nähe zum Gesundheitssektor hin, wobei verschiedene Berufsgruppen in diesem Bereich eingesetzt werden. Der/Die Case-Manager\*in ist dabei Ansprechperson für den/die Klient\*in und erfüllt somit das Bedürfnis des Menschen, als Person wahrgenommen werden zu wollen. Zudem soll der quantitativ und qualitativ schwankende Versorgungsbedarf z. B. bei chronisch kranken und sozial benachteiligten Menschen abgedeckt werden. Der Ursprung dieser Methode kann in der klassischen Einzelfallhilfe gefunden werden. Zudem geht es auch darum, alle Beteiligten zu einem Hilfesystem zu verbinden und Fachgrenzen zu überschreiten. Leider muss jedoch festgestellt werden, dass häufig keine einheitliche Fallführung vorhanden ist und daher die Verknüpfung nicht stattfindet (Wisser, 2009, S. 369-373).

Im folgenden Abschnitt soll nun aufgezeigt werden, welche Methoden die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit nutzt, um die vorangegangenen Handlungen ausführen zu können. Zusammenfassend sind es die Methoden Beratung, Coaching, Projektentwicklung und Netzwerkarbeit (Schütte-Bäumner, 2021, S. 66-67). Dazu braucht es Fähigkeiten der Fachpersonen, die hier aufgelistet werden (ebd., S. 68):

- Präsenz, Aufmerksamkeit und Anteilnahme
- Auseinandersetzung mit den Situationen der Adressat\*innen
- Vertrauensaufbau und -aufrechterhaltung

- Vermittlung in Konflikten
- Entwicklung von Lösungen und Alternativen in schwierigen Situationen
- Strukturierung und Planung von längerfristigen Arbeitskonzepten
- Planen, organisieren und systematisieren

Die psychosoziale Beratung beschreibt die Kommunikation in einer multiperspektivischen Dimension, die sich auf medizinisch-biologische, psychische und soziale Aspekte konzentriert. Es geht also darum, die Adressat\*innen möglichst ganzheitlich zu erfassen und dann umfassend zu beraten. In gewissen Fällen können zusätzlich auch sozialrechtliche Aspekte wichtig werden (Schütte-Bäumner, 2021, S. 69).

Eine weitere Methode ist das Coaching, welches ebenfalls als Kommunikationsmethode verstanden wird. In einem Krankheitsprozess sind Themen wie Rollenfindung und -klärung als auch Entwicklung und Entscheidung für Therapieform, Management im Berufsleben und Alltag wichtig zu klären. Dabei soll ein lösungsorientierter Ansatz gewählt werden. Darüber hinaus muss bewusst gemacht werden, dass eine Krankheit wie chronische Schmerzen nicht nur ein akut zu bewältigendes Problem darstellen (ebd., S. 69). Häufig geht es in einem sozialpädagogisch orientierten Coaching darum, die Lebensqualität und das Wohlbefinden durch Stärkung der Selbstmanagementfähigkeiten und der Förderung der Selbstreflexionskompetenz dauerhaft zu verbessern und eine gelingende(re) Lebensführung anzustreben (Birgmeier, 2012, S. 33-34).

Die Projektentwicklung ist eine Methode, die ihren Fokus auf die intra- und interprofessionellen Arbeitsabläufe und -strukturen legt. Das Individuum soll dabei aber nicht vergessen werden. Es geht darum, Konflikte in Bezug auf Verantwortlichkeiten zu lösen und die Prozesse weiterzuentwickeln (Schütte-Bäumner, 2021, S. 69-70).

Die letzte hier vorgestellte Methode ist die Netzwerkarbeit. Schönig (2016) definiert den Begriff als «Struktur von Verbindungen unabhängiger Akteure, die gemeinsam ein Thema bearbeiten und dazu Ressourcen einsetzen. Das Netzwerk ist operativ offen und weitgehend ohne Hierarchien, darüber hinaus ist es ein nicht von vornherein befristeter Zusammenschluss mehrerer Akteure» (S. 19). In der Begleitung von Menschen mit chronischen Schmerzen ist es zum Beispiel wichtig, dass die Fachkräfte Wissen über die Versorgungsinfrastruktur im lokalen

Sozialraum erwerben und anwenden können. Um die Betroffenen optimal zu unterstützen, sollen Angebote nach ihren Bedürfnissen gefunden werden. Hier geht es auch darum, Angebote zu schaffen, wenn ersichtlich wird, dass diese fehlen (Schütte-Bäumner, 2021, S. 70).

Als eine gute Zusammenfassung kann der Ausdruck «zur-Seite-stehen» betrachtet werden. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit soll Menschen, die von einer Krankheit betroffen sind, unterstützend auf ihrem Weg begleiten und durch professionelle Nähe die Bedürfnisse und Zielorientierungen der Adressat\*innen wertschätzen und in den Mittelpunkt stellen (ebd., S. 70-71). Dazu werden von den in der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit Tätigen spezifische Kompetenzen gefordert, auf die im folgenden Kapitel eingegangen wird.

## **2.6 Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit**

Kompetenz kann mit «zu etwas fähig sein» übersetzt (Buchkremer, 2009, S. 373) oder auch als «Bewältigung von Handlungsanforderungen» verstanden werden (Dettmers, 2021, S. 20). Konkreter auf die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit bezogen, wird von Kompetenzbeschreibungen ausgegangen, die sich auf die drei folgenden Bereiche konzentrieren.

Person-in-Environment: Bei der fallorientierten Arbeit wird der Mensch in seiner Umwelt gesehen. Die klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit schenkt der Interaktion zwischen gesundheitlich beeinträchtigten Menschen und deren sozialen und natürlichen Netzwerken besondere Beachtung (ebd., S. 21).

Transdisziplinäres Grundverständnis: In der Sozialen Arbeit werden Theorien und empirische Erkenntnisse aus unterschiedlichen Disziplinen eingebunden, um sich der Komplexität des Alltags anzunähern. Relevante Wissensbestände werden in einen Erklärungsansatz Sozialer Arbeit umgewandelt (ebd., S. 21-22)

Bio-psycho-soziales Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit: Die Soziale Arbeit nimmt sich der Fragestellung an, welche Faktoren Einfluss auf das Entstehen von Störungen

und Krankheiten haben und welche psychosozialen Folgen für die Person und ihre Umwelt zu erwarten sind. Die Gesundheitsdeterminanten, also Faktoren, die die Gesundheit beeinflussen, umfassen nach Dahlgren und Whitehead (1991) folgende Bereiche (Dettmers, 2021, S. 22):

- Alter, Geschlecht, genetische Disposition
- Individuelle Lebensweisen und Gesundheitsverhalten
- Soziale und kommunale Netzwerke
- Lebens- und Arbeitsbedingungen
- Kulturelle, sozioökonomische, rechtliche Bedingungen, physische Umwelt

Ausgehend von diesen Bereichen kann allgemein festgehalten werden, dass die komplexen Wechselwirkungen und Verschränkungen zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren und auch die der natürlichen Umwelt mitgedacht werden müssen. Dazu gehört, dass sich die Soziale Arbeit mit den psychischen und physischen Folgen von gesundheitlichen Störungen auseinandersetzt (ebd., S. 22).

Kompetenzen, die sich aus den oben genannten Punkten ableiten lassen, sind (ebd., S. 23):

- Kompetenzen zur sozialen Sicherung: Kenntnisse über rechtliche und politische Rahmenbedingungen sowie Beratungskompetenzen, die eine Teilhabe der Betroffenen ermöglicht.
- Kompetenzen zur sozialen Unterstützung: Aktivierung von sozialen Netzwerken im Umfeld der Betroffenen, um so die zweite Teilhabedimension der Integration zu sichern.
- Kompetenzen zur personenbezogenen Fallarbeit: Ziel ist es die betroffenen Menschen zu ermächtigen z. B. krankheitsbedingte Folgen besser bewältigen zu können, indem personale und soziale Ressourcen gefördert werden. Zusätzlich können auch persönliche Bildungsprozesse helfen, indem sie gesundheitsfördernd oder präventiv wirken. Die Interaktion mit Betroffenen, Angehörigen und im Sozialraum kann wirksam sein, um die Gesundheitsförderung und Prävention voranzutreiben.

- Navigationskompetenz: Schaffung von Zugängen zu einer psychosozialen Versorgung z. B. bei chronischen Erkrankungen im stationären oder ambulanten Setting. Die möglichst autonome Lebensführung wird gefördert als auch die Herstellung von mehr Orientierung und Entscheidungsmöglichkeiten von Betroffenen.

Zur Navigationskompetenz ist sicherlich auch die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen zu zählen. Häufig sind Personen aus der Psychologie, Pflege, der Sozialen Arbeit und Pädagogik mit ähnlichen Aufgaben betraut und die Abgrenzung zwischen den Beteiligten ist nicht genau definiert (Dettmers, 2021, S. 13).

Wie hier aufgezeigt sind die erforderlichen Kompetenzen äusserst vielfältig. Dies trifft insgesamt auf den Themenbereich Gesundheit zu. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit ist also ein breites Fachgebiet, welches Aspekte der drei Fachrichtungen Sozialarbeit, Sozialpädagogik und soziokulturelle Animation der Sozialen Arbeit beinhaltet und von verschiedenen Theorien beeinflusst wird. Es wird ein breites Handlungswissen vorausgesetzt, und die Anwendung von unterschiedlichen Methoden kann gefordert werden. In dieser Arbeit wird die Ausrichtung auf den ambulanten Bereich und die Begleitung von Menschen mit chronischen Schmerzen, die nicht in einem Spital stationär behandelt werden, sondern ihren Alltag leben und gestalten, gelegt. Um genauer festzulegen, wie die Aufgaben der Sozialen Arbeit konkret aussehen könnten, wird zunächst die Theorie zu chronischen Schmerzen erarbeitet und erst später auf die Verknüpfung eingegangen.

## 3 Schmerzen verstehen

Nachdem aufgezeigt wurde wie Soziale Arbeit und Gesundheit zusammenhängen, wird in diesem Abschnitt der Arbeit auf die medizinischen Sichtweisen zum Thema Schmerz eingegangen.

«Schmerzen verstehen» ist der Titel einer Weiterbildung, die bereits seit über 10 Jahren angeboten und immer an den neusten Wissensstand angepasst wird. Der Besuch des Kurses, der vom Neuroorthopädischen Institut (NOI) für den deutschsprachigen Raum angeboten wird, bildet die Grundlage für den Aufbau und Inhalt dieses Kapitels und soll die Fragestellung: «Was sind chronische Schmerzen und wie können diese Zustände behandelt werden?» beantworten.

Zuerst werden Modelle differenziert und erläutert, die für das Grundverständnis wichtig sind, und die teilweise bereits im vorangegangenen Kapitel erwähnt wurden. Danach geht es um die Physiologie beziehungsweise Pathophysiologie der Schmerzentstehung und -verarbeitung und die Behandlungskonzepte. In einem weiteren Schritt soll aufgezeigt werden, welche vielseitigen Auswirkungen Schmerzen für Betroffene haben können.

### 3.1 Klassifikation und Modelle

Wie bereits einleitend in der Begriffserklärung erläutert wurde, ist chronischer Schmerz neu als eigenständige Erkrankung definiert. Das medizinische Verständnis von Gesundheit und Krankheit ist aber nur ein Modell, welches von Bedeutung ist. Wie aus der nachfolgenden Definition der Weltgesundheitsorganisation (WHO) hervorgeht, gibt es noch andere Ansätze, die für diese Arbeit zu beachten sind.

#### 3.1.1 Definitionen von Gesundheit und Krankheit

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte im Jahr 1946 Gesundheit folgendermassen: «Gesundheit ist ein Zustand des vollständigen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur das Fehlen von Krankheit und Gebrechen.» Wichtig ist

hierbei, dass es sich um eine Definition handelt, die nicht «nur» auf medizinische Befunde abstützt, sondern das subjektive Wohlbefinden in den Mittelpunkt rückt (Klemperer, 2020, S. 52). Gesundheit wird im Jahre 1978 sogar als Menschenrecht definiert (ebd., S. 52) und daher kann hier ein Bezug zur Sozialen Arbeit als Menschenrechtsprofession hergestellt werden (AvenirSocial, 2010, S. 7). Im folgenden Abschnitt wird gezeigt, dass verschiedene Modelle in der Medizin verwendet werden, die unterschiedliche Sichtweisen ermöglichen.

### 3.1.2 Theorien und Modelle in der Medizin

In der Medizin ist bis heute das sogenannte biomedizinische Modell allgegenwärtig. Der Fokus in diesem Modell liegt auf Strukturschäden und Funktionsstörungen, also Pathologien. Dies führt zu einigen problematische Denk- und Handlungsweisen, wie z. B. starke Erhöhung der Behandlungszahlen, Angebot von Interventionen, die eigentlich ein Schadensrisiko mit sich bringen. Ausserdem wird der Behandlung im Vergleich der Nicht-Behandlung ein Vorteil eingeräumt (Klemperer, 2020, S. 55-59).

Bei den sogenannten Gesundheitsmodellen oder auch psychosozialen Modellen können die Salutogenese und das bio-psycho-soziale Denkmodell genannt werden. Hier wird davon ausgegangen, dass biologische Faktoren allein keine hinreichende Beschreibung von Gesundheit und Krankheit liefern. Zusätzlich müssen auch soziale und psychische Faktoren beachtet werden (ebd., S. 67). Diese Modelle sind näher an der Definition von Gesundheit der WHO.

Die Salutogenese nach Aaron Antonovsky liefert einen wichtigen Beitrag zum Verständnis der Entstehung und dem Erhalt von Gesundheit und wird im Bereich Prävention und Gesundheitsförderung häufig angewandt (ebd., S. 67/74). Daher wurde dieses Modell bereits im vorangegangenen Kapitel eingeführt. Antonovsky ging davon aus, dass Stressoren allgegenwärtig sind und dies den Normalzustand darstellt. Es geht also darum die Anforderungen des Lebens bewältigen zu können, obwohl ein dynamisches Ungleichgewicht besteht (Heterostase). Antonovsky stellte sich ein Gesundheits-Krankheits-Kontinuum vor, auf dem sich jeder Mensch zwischen gesund und krank bewegt. Um gesund zu bleiben, braucht der Mensch generalisierte Widerstandsressourcen und ein Kohärenzgefühl, welches die

Verstehbarkeit von Anforderungen, die Handhabbarkeit und die Sinnhaftigkeit beschreibt. Die Salutogenese fokussiert auf Ressourcen und Ressourcenstärkung und stellt eine Erweiterung der medizinischen Denkweise dar (Klemperer, 2020, S. 74-77).

«Schmerzen verstehen» basiert auf dem bio-psycho-sozialen Denkmodell und baut dieses sogar noch aus (Neuro Orthopaedic Institute, 2020, S. 5-6), indem die neusten Erkenntnisse des neuro-endokrino-immunologische Zusammenspiels integriert werden (Egan Moog, 2018, S. 114). Insgesamt beschreibt dieses Denkmodell verschiedene Dimensionen, die im Fall von Gesundheit und Krankheit wirken. Schmerz wird in diesem Modell als Reaktion auf gleichzeitige, teils unterschiedliche Bedrohungen erklärt. Nach einer Verletzung wird ein selbstregulierender Prozess, die Allostase, gestartet, die verschiedene Anpassungen von Nerven-, Immun- und Hormonsystemen beinhaltet, die das innere Gleichgewicht wahren sollen. Das Immunsystem kann durch Optimismus, Selbstwirksamkeit und soziale Bindungen gestärkt werden. Dagegen können Stress, Ängste und Depressionen die Heilung stören (ebd., S. 114).

Selbstverständlich gibt es noch weitere Konzepte und Denkmodelle, auf die in dieser Arbeit aber nicht weiter eingegangen werden kann. Neben diesen Modellen gibt es internationale Klassifikationen, die helfen, Beschwerden und Krankheiten einzuteilen und genau zu erfassen. Im nächsten Abschnitt wird darauf eingegangen.

Die Internationale Klassifikation von Krankheiten (ICD) und die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) helfen in der Medizin, Symptome und Beschwerden einzuordnen, zu diagnostizieren und abzurechnen (Klemperer, 2020, S. 92-93). Aktuell wird die ICD-11 verwendet, die bereits bei der Begriffserklärung eingeführt wurde. Das ICF ist ein Instrument, welches auf dem bio-psycho-sozialen Denkmodell aufbaut. Hier geht es darum, den Menschen mit seiner Erkrankung in seiner Umgebung zu erfassen. Ziel ist es, Wechselwirkungen sichtbar zu machen und damit einen Handlungsbedarf abzuleiten, wobei man sich von der defizitorientierten und medizinischen Sichtweise entfernen möchte. Die wichtigsten Begriffe sind funktionale Gesundheit, Kontextfaktoren, Körperfunktionen und -strukturen, als auch Aktivitäten und Teilhabe (ebd., S. 96-97). Die folgende Abbildung zeigt diese Zusammenhänge auf.

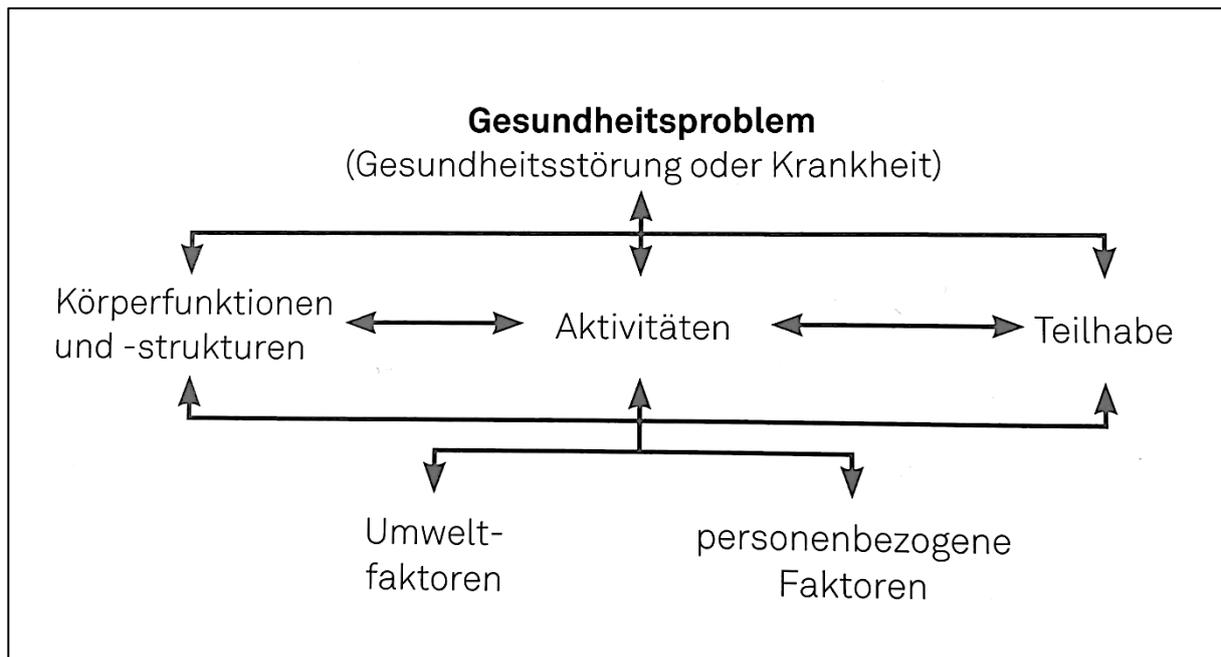


Abbildung 4: Das biopsychosoziale Modell der ICF (Quelle: WHO, 2005, S. 23)

Dieses Modell hilft, den Menschen ganzheitlich zu diagnostizieren und eine individuelle Behandlungsplanung zu erstellen.

Im nächsten Kapitel geht es nun darum, die Schmerzentstehung und -verarbeitung zu beleuchten. Denn nur wenn man die Mechanismen versteht, gelingt auch eine adäquate Behandlung der Schmerzzustände.

### 3.2 Schmerzentstehung und -verarbeitung

Die Schmerzphysiologie ist sehr komplex und vielschichtig. Hier wird versucht nach dem Konzept von «Schmerzen verstehen» die Zusammenhänge möglichst verständlich zu erklären. Dies ist die Grundvoraussetzung dafür, später eine Verknüpfung zwischen dem Symptom Schmerz und der möglichen Behandlung machen zu können.

«Schmerzen entstehen im Gehirn» - diese Aussage kann irritieren und verunsichern. Tatsache ist aber, dass dies der Wahrheit entspricht. Allerdings greift diese Aussage auch wieder zu kurz, denn Schmerzen sind damit noch lange nicht erklärt. Durch die Forschung wurde das Verständnis auf neurophysiologischer Ebene geschaffen. In den folgenden Kapiteln wird die

Leitung von Impulsen, die Entzündung, die Chronifizierung von Schmerzen, verschiedene Schmerzarten und eine mögliche Behandlung vorgestellt.

### **3.2.1 Leitung von Impulsen – der Weg aus der Peripherie zum Gehirn**

Dauernd ist unser Körper unterschiedlichen Reizen aus der Umgebung ausgesetzt, die er verarbeiten muss. Die Reize werden durch Sensoren aufgenommen und dann weitergeleitet. Es gibt verschiedene Sensoren, die zum Beispiel auf mechanische, chemische Reize oder auf Temperaturunterschiede reagieren. Die Reaktion wird durch das Öffnen von Ionenkanälen und dadurch ausgelösten elektrischen Impuls weitergeleitet (Butler & Moseley, 2016, S. 24). Zusätzlich gibt es Sensoren, die auf alle Reize reagieren, sofern sie ausreichend stark sind. Anders erklärt sind dies Sensoren, die eine potenzielle Gefahr für die Gewebe melden und daher Nozizeptoren genannt werden (ebd., S. 26). Diese nozizeptive Aktivität ist aber nicht der einzige Auslöser von Schmerzen oder eine Voraussetzung für eine Schmerzempfindung, denn Gedanken oder Orte können ebenso Alarmsignale im Gehirn auslösen, die dann zu Schmerzempfindungen führen (ebd., S. 26). Die Botschaft, welche im Rückenmark und schliesslich im Gehirn ankommt, ist «Gefahr» und nicht «Schmerz» (ebd., S. 28).

Das Signal im Rückenmark wird über den sogenannten synaptischen Spalt und die Ausschüttung von Chemikalien (Botenstoffe) weitergeleitet. Im Rückenmark kommen auf diese Weise viele verschiedene Botschaften gleichzeitig an. Diese Tatsache kann eine mögliche Erklärung für die Ausbreitung von Schmerzen in verschiedenen Geweben sein. Zudem gibt es hier eine absteigende Bahn, die vom Gehirn herkommt und theoretisch die Weiterleitung der Signale blockieren oder hemmen kann. Es werden also verschiedene Botenstoffe von der Peripherie als auch vom Gehirn (z. B. Glückshormone) in den synaptischen Spalt ausgeschüttet, und wenn genug gleiche Botenstoffe vorhanden sind und auf den Sensor einwirken, kann das Signal weiter zum Gehirn aufsteigen (ebd., S. 30-31).

Schliesslich kommen viele Informationen gleichzeitig im Gehirn an und müssen analysiert werden. Für die Schmerzerfahrung ist dabei wichtig, dass es nicht ein einzelnes Schmerzzentrum im Gehirn gibt, sondern sogenannte Schmerzknötchenpunkte, die gleichzeitig

aktiv sind. Jede Schmerzerfahrung ist dabei einzigartig und bei jedem Individuum sind andere Areale unterschiedlich aktiviert. Dem gegenüber gibt es z. B. Zentren für Sensibilität, Bewegung oder Emotionen, die von Schmerzen geliehen werden. Wenn ein bestimmtes Aktivierungsmuster der Schmerzknötchenpunkte immer wieder ausgelöst wird, kommt es zum sogenannten «Schmerzgedächtnis» (Butler & Moseley, 2016, S. 32). Ein Vorteil all dieser Abläufe ist, dass das Gehirn ein dynamisches und sich ständig veränderndes Organ ist, was bedeutet, dass auch wenn Schmerzen scheinbar das Leben eines Menschen dominieren, zu jedem Zeitpunkt eine Veränderung angestossen und das Zusammenspiel der Areale beeinflusst werden kann (ebd., S. 34). Die Reaktion des Gehirns erfolgt über Systeme wie z. B. die Muskulatur, das Immunsystem oder den Sympathikus. Nachdem das Gehirn beurteilt und bewertet hat, werden Systeme zur Unterstützung eingesetzt. Das Muskelsystem ermöglicht es, uns ein verletztes Körperteil zu schienen oder zu fliehen, und das sympathische Nervensystem steuert die Blutverteilung und lässt uns schwitzen. Alle Systeme arbeiten zusammen, um uns ausser Gefahr zu bringen (ebd., S. 36-37). In der untenstehenden Abbildung wird der Weg aus der Peripherie bis zum Gehirn gezeigt. Die Teilabschnitte sind die unterschiedlichen Neurone, die für die Weiterleitung der Impulse zuständig sind (1.-4. Neuron).

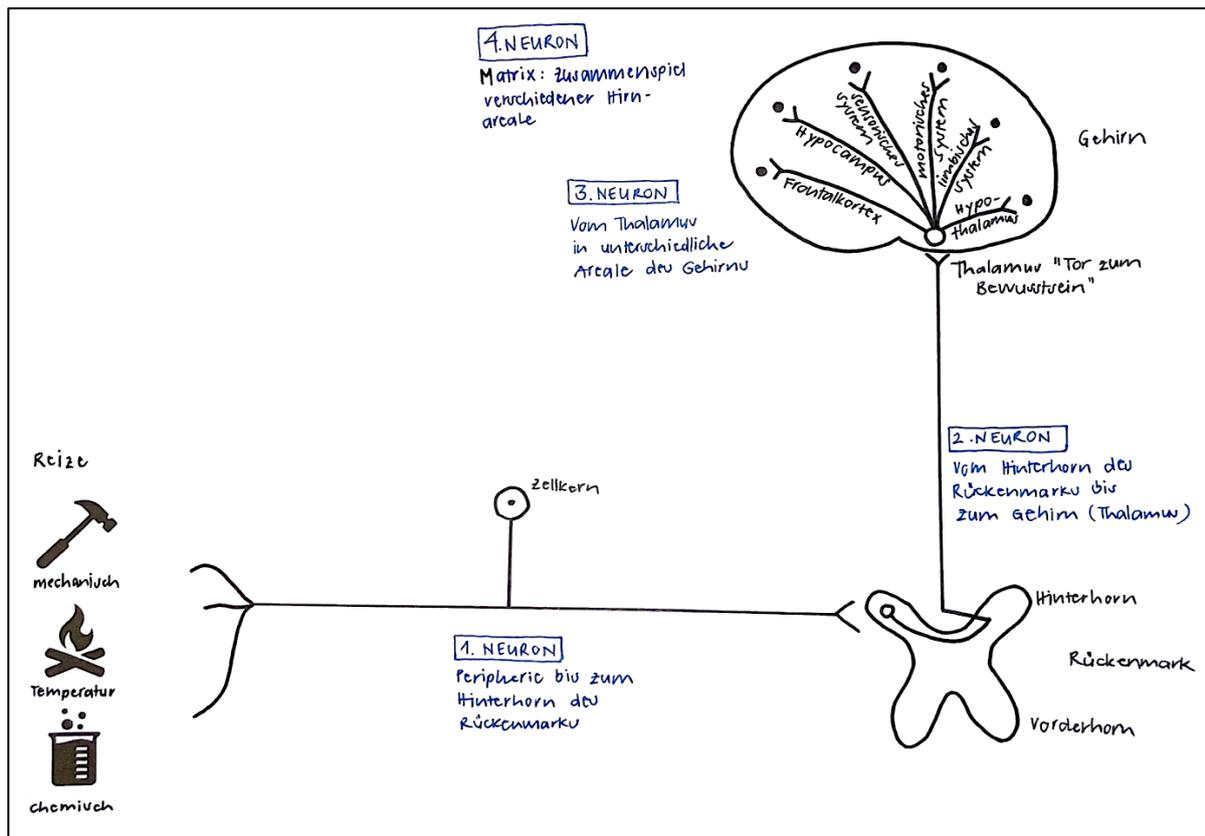


Abbildung 5: Weg aus der Peripherie zum Gehirn – Leitung von Impulsen (Quelle: Eigene Abbildung in Anlehnung an Neuro Orthopaedic Institute, 2020)

Im Folgenden Kapitel wird darauf eingegangen, was geschieht, wenn eine Verletzung in den Geweben passiert und wie unser Körper antwortet.

### 3.2.2 Heilungskräfte des Körpers – die Entzündung

Jeder kennt kleinere Verletzungen wie einen Schnitt im Finger oder eine Schürfwunde am Knie und grundsätzlich läuft bei jeder Verletzung, ob gross oder klein, der gleiche Mechanismus ab. Durch die sogenannte Wundheilung kann der Körper Verletzungen heilen und das Gewebe wieder belastbar machen, indem das verletzte Gewebe möglichst nahe am «Original» umgebaut wird. Der Umbau wird durch eine Entzündung in Gang gesetzt und gleichzeitig werden Gefahrensensoren aktiviert und die Empfindlichkeit der Neurone erhöht (Butler & Moseley, 2016, S. 40). Entzündungszeichen sind Erwärmung, Schwellung, Rötung, Schmerz und Funktionsverlust. Der Heilungsprozess kann durch angemessene Ruhe und Bewegung, Diät, Medikamente oder Operationen unterstützt werden. Jedes Gewebe hat eine etwas andere Heilungszeit, die von Blutversorgung und Anforderung an das Gewebe abhängig ist.

Diese Heilungszeit ist aber relativ vorhersagbar und die Schmerzen sollen im Normalfall im Verlauf der Heilungszeit abnehmen und dann verschwinden. Dies soll in der untenstehenden Abbildung illustriert werden.

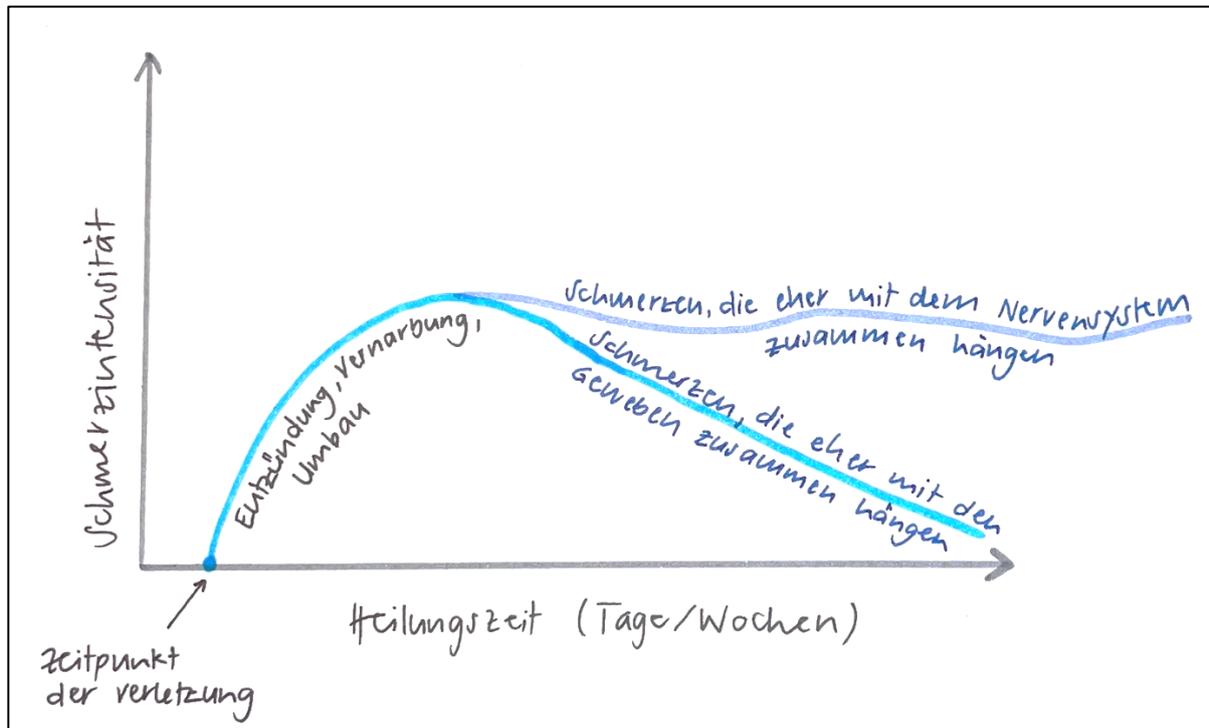


Abbildung 6: Verlauf der Schmerzintensität nach einer Verletzung (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Butler & Moseley, 2016, S. 40-41)

Schmerzen nach einer Verletzung sind demnach völlig normal und zeigen an, dass ein Heilungsverlauf im Gange ist. Bleiben die Schmerzen aber bestehen, zeigt dies, dass sich im Körpersystem etwas verändert hat. Das Gewebe ist abgeheilt und wieder belastbar, und trotzdem verspürt der/die Betroffene Schmerzen durch eine erhöhte Sensibilisierung, die auch periphere Sensibilisierung genannt wird (Butler & Moseley, 2016, S. 40; Neuro Orthopaedic Institute, 2020, S. 30).

Die obige Darstellung ist eine gute Überleitung ins nächste Kapitel, wo es um den für diese Arbeit interessanten Fall geht, dass Schmerzen bestehen bleiben, obwohl eine Heilung abgeschlossen ist. Es geht darum zu erklären, wie es zu chronischen Schmerzen kommen kann und welche Faktoren dabei wichtig sind.

### 3.2.3 Wenn Schmerzen bleiben ...

Wie im vorangegangenen Kapitel erklärt, sollen Schmerzen im Normalfall mit Abschluss der Heilung wieder verschwinden. Es gibt aber Prozesse, in denen dies nicht geschieht und auf diese wird jetzt eingegangen.

Zu Beginn soll klargestellt werden, dass jeder Schmerz real ist. Das Ausmass einer Verletzung muss nicht mit der Stärke der empfundenen Schmerzen übereinstimmen. Es ist eher entscheidend, ob das Gehirn eine Bedrohung für den Körper sieht und daher Schutzmassnahmen ergreift. Wenn also das Alarmsystem aktiviert wird, können Schmerzen ohne Gewebeschädigung auftreten. Veränderungen in peripheren Nerven, im Rückenmark oder im Gehirn, können dafür verantwortlich sein. Auf die Erklärung, was sich an diesen Stellen genau verändert, wird hier verzichtet. Wichtig zu verstehen ist, dass das Gehirn nur den Schutz des Menschen im Sinn hat (Butler & Moseley, 2016, S. 64-65). Es gibt also Veränderungen, die eine erhöhte Empfindlichkeit der Neurone nach sich ziehen (ebd., S. 66). Dem Gehirn wird somit vermittelt, dass Gefahr droht und darum die Gewebe geschützt werden müssen. Die gesamten Körpersysteme werden mobilisiert und zeigen ihre Reaktionen (ebd., S. 68). Die Chronifizierung von Schmerzen kann mit einem Orchester verglichen werden, das immer die gleiche Melodie spielt. Es entsteht ein sogenanntes «Schmerzgedächtnis» (ebd., S. 72). Zuletzt soll auf die Tatsache eingegangen werden, dass Gedanken und Überzeugungen ebenfalls Nervenimpulse sind. Dies bedeutet, dass sobald das Gehirn entscheidet, dass etwas potenziell gefährlich ist, eine Schmerz Wahrnehmung ausgelöst werden kann. Der Satz: «Es schmerzt, wenn ich nur daran denke» verdeutlicht diese Ausführungen (ebd., S. 74). Wenn das Rückenmark und das Gehirn sensibilisiert wurden, spricht man von einer zentralen Sensibilisierung (ebd., S. 76).

Zusätzlich sind sogenannte Reaktionssysteme des Körpers wichtig zu beachten. Das sympathische Nervensystem entscheidet zwischen Kampf und Flucht, reagiert blitzschnell, stellt Sauerstoff bereit und reduziert alle nicht lebensnotwendigen Prozesse im Körper. Dazu werden die Botenstoffe Adrenalin und Noradrenalin freigesetzt. Dieses System und die Reaktionen sind sinnvoll in Gefahrensituationen und sollten sich normalisieren, wenn die Stresssituation vorüber ist. Bei chronischen Schmerzen kann die Stresssituation andauern und zu anhaltend erhöhten Adrenalinwerten führen. Dies wiederum kann Wut, Angst und Schwitzen auslösen, was in anhaltender Form nicht positiv auf den Körper wirkt. Hier wäre das

parasympathische System wichtig, welches sich um Ruhe und Verdauung kümmert. Es ist während des Schlafens, einer Entspannung oder Meditation aktiv und eröffnet eine Chance, die Energiespeicher von Geweben wiederaufzufüllen und Reparaturen zu unterstützen (Butler & Moseley, 2016, S. 78-79). Auch das hormonelle System hat eine Schlüsselfunktion in der Stressantwort und somit einen Einfluss auf die Schmerzempfindungen. Kortisol wird als «Stresshormon» bezeichnet, ist aber in Wirklichkeit eher ein Beschützer für den Menschen. Es reduziert, wie das sympathische Nervensystem, Körperfunktionen, die im Moment nicht für den Schutz gebraucht werden. Ähnlich wie die erhöhten Adrenalinwerte können auch dauerhaft erhöhte Kortisolwerte zu weiteren Problemen führen. Es kann zu schlechteren oder langsameren Heilungsprozessen kommen, es können Gedächtnisverlust, Depression, Verzweiflung, Libidoverlust und Verschlechterungen der körperlichen Leistungsfähigkeit auftreten. Im Gegensatz dazu bewirkt das Hormon Oxytocin, welches ausgeschüttet wird, wenn wir «lieben», Schmerzhemmung und kann somit einen positiven Einfluss auf chronische Schmerzen haben (ebd., S. 80).

In der Wissenschaft lange nicht erwähnt wurde das Immunsystem im Zusammenhang mit Schmerzen. Doch es stellte sich heraus, dass auch dieses System eine Schlüsselfunktion bei Schmerzen einnimmt. Das Immunsystem kennt uns als Person genau und reagiert, wenn wir nicht wir selbst sind, also wenn z. B. eine Verletzung, ein Infekt oder ein psychologisches Leiden vorhanden ist. Immunmoleküle, sogenannte Zytokine, sind ein mobiles Schutzsystem, welche Entzündungen fördern oder stoppen können. Nicht zu vergessen ist die immer ablaufende Zusammenarbeit mit dem sympathischen, parasympathischen und hormonellen System. Es gibt jedoch die Möglichkeit, das Immunsystem durch gezielte Verhaltensweisen zu unterstützen. Das Gefühl von Kontrolle und die Möglichkeit die eigene Lebensqualität beeinflussen zu können, familiäre und medizinische Unterstützung, ein starker Glaube, Sinn für Humor und ausreichend Bewegung sind zentrale Faktoren, die unser Immunsystem positiv unterstützen und stärken. Daraus folgt, dass durch Verhaltensweisen auch die Schmerzen gedämpft oder verringert werden können (ebd., S. 82-83).

Wie dieses Kapitel eindrücklich zeigt, ist das Phänomen von chronischen Schmerzen sehr komplex und muss auf verschiedenen Ebenen verstanden werden. Daher beschäftigt sich das nächste Kapitel nun mit verschiedenen Mechanismen, die auch eine Art Zusammenfassung der Schmerzentstehung abbilden können.

### 3.2.4 Schmerzmechanismen

Um eine Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen optimal zu planen und umzusetzen, kann der Schmerz insgesamt in verschiedene Schmerzmechanismen eingeteilt werden. Unterschieden werden drei verschiedene Mechanismen.

Der bekannteste Schmerzmechanismus ist der nozizeptive Schmerz. Hier wird zwischen einem entzündlichen, einem ischämischen oder einem mechanischen nozizeptiven Schmerz unterschieden. Der entzündliche nozizeptive Schmerz wurde im Kapitel 3.2.2 erläutert. Der ischämisch nozizeptive Schmerz entsteht durch eine Durchblutungsverminderung, die den pH-Wert des Blutes verändert und dadurch Schmerzen auslöst. Die dritte Form, der mechanisch nozizeptive Schmerz, entsteht z. B. durch einen Schlag oder starken Druck auf ein Gewebe. Der nozizeptive Schmerz ist eine normale physiologische Reaktion auf eine Verletzung oder einen drohenden Schaden des Gewebes (Neuro Orthopaedic Institute, 2020, S. 28-32).

Weiter kann der neuropathische Schmerz beschrieben werden. Hier wird durch eine traumatische Nervenschädigung oder durch eine nervenschädigende Erkrankung das Nervensystem direkt verletzt. Als Beispiele können ein Schlaganfall, Diabetes oder auch Multiple Sklerose genannt werden (Magerl, 2022, S. 10).

Der noziplastische Schmerz wurde als letzter Schmerzmechanismus beschrieben. Er beschreibt Schmerzen, die ohne Schädigung (oder Erkrankung) von neuralem und nichtneuralem Gewebe entstehen. Zu diesem Schmerz kommt es, wenn nozizeptive Bahnen in ihrer Funktion verändert werden und dadurch die Sensibilität erhöht wird. Diese Veränderungen können in der Peripherie als auch im zentralen Nervensystem vorstatten gehen (Runge & Löscher, 2021, S. 22-24).

In der Praxis ist es nicht immer einfach, eine Person mit Schmerzen genau zuzuordnen. Häufig wird ein Ausschlussverfahren gewählt, bei dem ein nozizeptiver oder neuropathischer Schmerz ausgeschlossen wird. Danach wird von einem möglichen noziplastischen Schmerz gesprochen.

Eine andere Möglichkeit, Menschen mit Schmerzen zu klassifizieren, stellt eine Einteilung nach Input, Verarbeitung und Output in Anlehnung an das Mature Organism Model (MOM) dar, auf die kurz eingegangen wird. Dieses Modell kann auch das Verständnis über die Zusammenhänge bei Betroffenen fördern. Durch eine Einteilung nach Input, Verarbeitung und Output kann festgelegt werden in welchem Bereich für eine Behandlung angesetzt werden sollte. Ausserdem zeigt sich, dass vermutlich bei fast jedem Menschen der Schmerzen hat auch verschiedene Systeme betroffen sind und mehrdimensional gedacht werden sollte. Um zu verdeutlichen, wie diese Einteilung zu verstehen ist, wird eine Darstellung vom Kapitel 3.2.1 wieder aufgenommen.

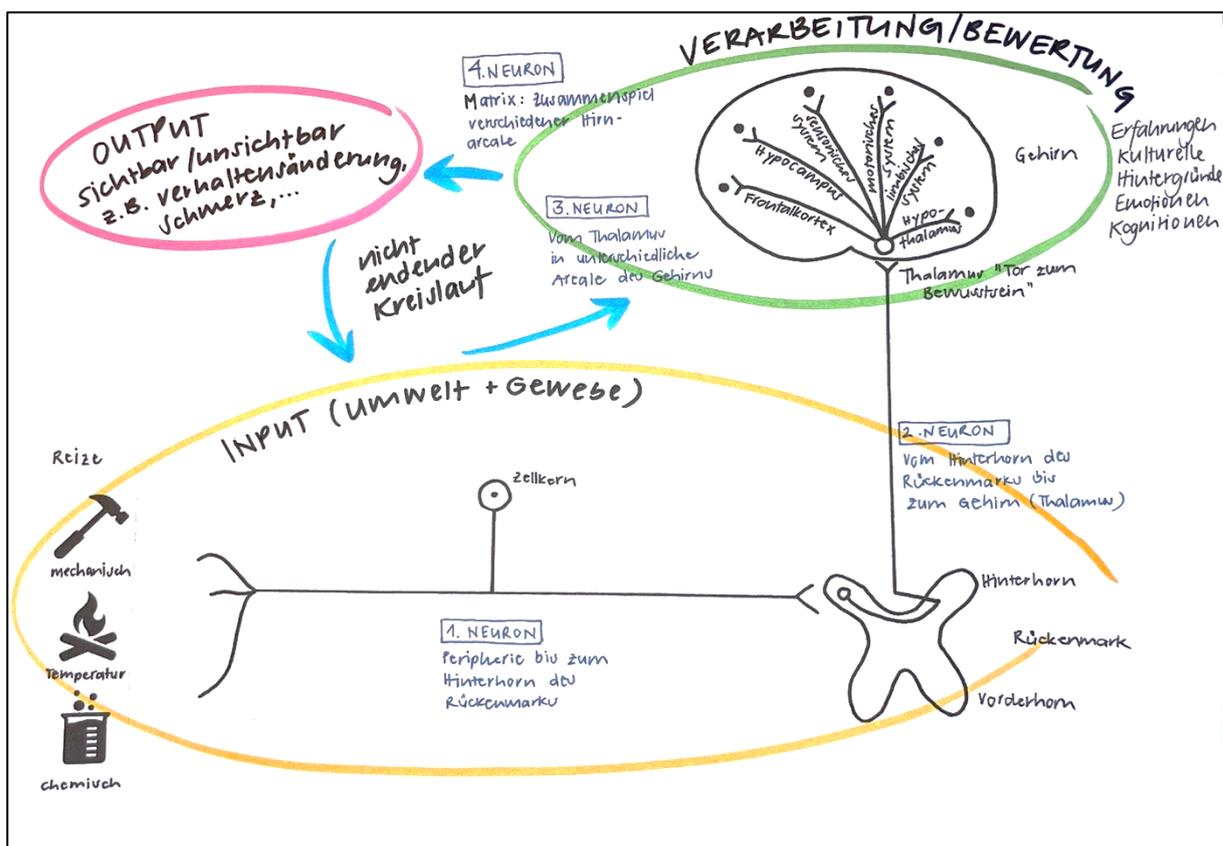


Abbildung 7: Input, Verarbeitung und Output (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Neuro Orthopaedic Institute, 2020)

Der Input-Mechanismus ist die periphere Nozizeption und der peripher neurogene Schmerzmechanismus. Unter Verarbeitungsmechanismen wird alles im Bereich des zentralen Nervensystems, also dem Rückenmark und des Gehirns, zusammengefasst. Dabei spielen Erfahrungen, Glaube, Kognition, Gefühle und kulturelle Einflüsse eine Rolle. Die Output-Mechanismen sind Reaktionen, die sich aus der Verarbeitung ergeben. Es können motorische,

vegetative, neuroimmunologische und neuroendokrine Reaktionen sein, die die Antwort auf Schmerzen sein können (Luomajoki, 2007, S. III).

Diese Einteilungen und Modelle ermöglichen eine ganzheitliche Sicht auf Menschen mit chronischen Schmerzen und können die bio-psycho-soziale Sichtweise unterstützen. Die Hintergründe und das Verständnis von Schmerzen ist essenziell für die Behandlung und Begleitung durch Fachpersonen. Auf die Möglichkeiten in der Behandlung wird nun im folgenden Kapitel eingegangen.

### **3.3 Behandlungskonzepte**

Die Behandlung von Schmerzen orientiert sich einerseits an den traditionellen medizinischen Modellen, die im Kapitel 3.1.2 genannt wurden, und wird andererseits an die neusten medizinischen Erkenntnisse angepasst. Und wie in der medizinischen Diagnostik, gibt es auch in der Behandlung unzählige Möglichkeiten, Schmerzen zu behandeln.

Es werden Methoden wie die multimodale Schmerztherapie, medikamentöse Schmerztherapie, interventionelle Verfahren, psychologische Behandlung, physikalisch-medizinische und manuelle Therapie, Ergotherapie und Imaginationsverfahren, Trainingstherapie und alternative sowie komplementäre Verfahren unterschieden und angewendet (Maier et al., 2017, S. IV). Da im Rahmen dieser Arbeit nicht auf alle Verfahren eingegangen werden kann, wird der Schwerpunkt auf die multimodale Schmerztherapie gelegt. Sie greift die verschiedenen Aspekte der anderen Interventionen auf und eignet sich als Überblick am besten, da sie auch die Thematik des multidimensionalen Schmerzverständnisses aufnimmt.

Die multimodale Schmerztherapie richtet sich an Menschen mit stark chronifizierten Schmerzen und ist eine hochspezialisierte, interdisziplinär-integrative Behandlungsform. Die Angebote können im stationären, teilstationären und ambulanten Bereich geschaffen werden (Sabatowski, 2017, S. 382). Die Auffassung, dass das Gesamtgefüge einer Person Einfluss auf die Erkrankung hat, konnte sich nach dem bio-psycho-sozialen Modell festigen. Es geht mehr um die Verbesserung oder Wiederherstellung der Leistungsfähigkeit und nicht allein um die Reduktion der Schmerzintensität. Aktivierende Massnahmen überwiegen die passiven

Interventionen und eine weitere wichtige Komponente ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit (Sabatowski, 2017, S. 383). Sabatowski (2017) hat die Ziele einer multimodalen Schmerztherapie wie folgt erläutert (S. 386):

Primäres Ziel einer multimodalen Schmerztherapie ist die Wiederherstellung der objektiven und subjektiven Funktionsfähigkeit («functional restoration») mit Steigerung der Kontrollfähigkeit und des Kompetenzgefühls der Patienten.

Das beinhaltet zur Reduktion von Schmerzintensität weitere übergreifende Ziele:

- Physische und psychische (Re-)Aktivierung
- Motivation zu einem selbstverantwortlichen Krankheitsmanagement
- Reduktion dysfunktionaler Muster der Schmerzbewältigung
- Erkennen und die Reflexion schmerzverstärkender bzw. vermindender Faktoren unter Einfluss des zwischenmenschlichen Erlebens und Verhaltens
- Förderung einer positiven Körperwahrnehmung
- Herstellen einer besseren Balance von Anspannung und Entspannung sowie von Be- und Entlastung
- Vermeidung von Überforderung durch verbesserte Wahrnehmung von Leistungsgrenzen
- Harmonisierung vegetativer Dysfunktionen (Schlaf, biologische Rhythmen)
- Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit in den Bereichen Koordination, Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer
- Förderung des Erkennens und das Stärken eigener Ressourcen
- Beachten lebensgeschichtlicher Ereignisse und Entwicklungen für die Klärung der Schmerzbewältigung und Schmerzgenese (die Verhinderung einer Retraumatisierung ist dabei die Aufgabe des gesamten Behandlungsteams)

*Tabelle 1: Ziele einer multimodalen Schmerztherapie (Quelle: Sabatowski, 2017, S. 386, modifiziert nach Arnold, 2014)*

Diese Liste der Ziele verdeutlicht die verschiedenen Dimensionen in der Schmerzbehandlung. Obwohl bekannt, gibt es noch viele Ansätze aus dem biomedizinischen Verständnis, die lediglich versuchen, das Symptom «Schmerz» zu reduzieren, allerdings mit häufig geringen Erfolgen (ebd., S. 382). Es besteht das Risiko, dass auf medikamentöse, interventionelle oder

passive Behandlungen gesetzt wird und eine konstruktive Arbeit an den Schmerzen zu kurz kommt (Schreiber, 2020, S. 40). Die Interdisziplinarität als Basis für die multimodale Schmerztherapie ist schwierig zu erreichen. Es braucht eine gemeinsame Philosophie und viel Austausch, um eine optimale Rollenklärung zu definieren (Sabatowski, 2017, S. 387-388). Gelingen diese Prozesse nicht oder nur ungenügend, ist auch der Therapieerfolg eingeschränkt. Zudem konnte im ambulanten Bereich bisher nicht geklärt werden, wie diese Interdisziplinarität gelebt und umgesetzt werden könnte (ebd., S. 388).

Zusammenfassend ist die Aussage von Schreiber (2020) treffend: «Das Ziel einer multimodalen Herangehensweise ist die Förderung der bio-psycho-sozialen Sichtweise der Schmerzerkrankung, die körperliche und soziale Aktivierung, der Abbau von Hilflosigkeit und Rückzug und die Förderung ihrer Ressourcen» (S. 41).

Um die Hilflosigkeit zu reduzieren, soll ein Ziel für die Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen auch sein, dass sie selbst Experten ihrer Schmerzen werden und so eine Chance auf aktive Beteiligung an ihrem Leben und Handlungsfähigkeit erhalten (Egan-Moog, 2018, S. 112). Betroffene müssen also lernen zu denken wie Gesundheitsprofis (Butler & Moseley, 2016, S. 90). Es geht darum, dass Aufklärung und Verstehen der Schmerzen grundlegend sind, um die Schmerzen beeinflussen zu können. Somit ist der erste Schritt des Schmerzmanagements geklärt (ebd., S. 106).

Da Schmerzen eine sehr persönliche Erfahrung darstellen, gibt es auch kein allgemeingültiges Therapierezept (ebd., S. 92). Um aus dem Teufelskreis des Angst-Vermeidungsverhaltens auszubrechen, muss der/die Betroffene verstehen, was seine/ihre Schmerzen beeinflusst (ebd., S. 96-97). Alles, wovor das Gehirn die Menschen beschützen will, kann Schmerzen verschlimmern oder auslösen (ebd., S. 94). Wie man sich vorstellen kann, sind Ängste sehr vielfältig und reichen von «Schmerzen», über «das Haus nicht sauber halten zu können» bis zu «was andere denken» (ebd., S. 95). Es gibt Menschen, die dazu neigen eher aktive Bewältigungsstrategien anzuwenden und andere, die eher passive Strategien wählen. Für die Behandlung von Schmerzen sind die aktiven Strategien zu bevorzugen, die gelernt werden können (ebd., S. 98). Die Reaktion auf Schmerzen ist ebenfalls unterschiedlich. Dabei sind Über-/Unteraktivität als auch ein Abstiegsmuster zu beobachten. Beim Über- und Unteraktivitätsmuster werden Menschen beschrieben, die dazu neigen «durchzuhalten». Sie lenken sich ab und ignorieren ihre Schmerzen, bis diese plötzlich unerträglich werden und

nicht mehr «auszuhalten» sind. Die andere Gruppe bricht jegliche Aktivität bei Schmerzen sofort ab. Die Toleranzgrenze reduziert sich und es kommt zu einem Funktionsverlust durch Nichtgebrauch. Gemeinsam haben beide Verhaltensmuster, dass das Aktivitätsniveau sinkt (Butler & Moseley, 2016, S. 100).

Wenn ein Mensch mit chronischen Schmerzen ein Verständnis über diese Prozesse erlangt, ist er auf dem Weg seine Schmerzen wieder beeinflussen zu können. Dies ist ein erster Schritt, obwohl in der weiteren Behandlung Geduld und Durchhaltevermögen gefragt sind. Mit einem allmählichen Belastungsaufbau, dem sogenannten Pacing, können individuelle Ziele gesetzt und erreicht werden (ebd., S. 110-111). Wichtig bleibt, dass verstanden wird: «Schmerzen sind nicht immer gleichbedeutend mit einer Gewebeschädigung» (ebd., S. 108).

### **3.4 Gesellschaftliche Auswirkungen von chronischen Schmerzerkrankungen**

Die vorangegangenen Kapitel haben gezeigt, dass Schmerz durch verschiedene Systeme beeinflusst wird und somit auch sehr unterschiedliche Auswirkungen haben kann. Schmerz ist immer individuell und einzigartig. Trotzdem können allgemeingültige Aussagen über die Folgen von chronischen Schmerzerkrankungen gemacht werden. So zeigt eine Studie mit dem Titel «Chronischer Schmerz und Gesellschaft» was chronischer Schmerz für die Gesellschaft bedeutet (Koesling et al., 2019, S. 220). Es wird über verschiedenste Einschränkungen im Lebensalltag berichtet. Vor allem der Verlust des Arbeitsplatzes, hohe Fehlzeiten und Arbeitsausfälle führen zu hohen direkten und indirekten Kosten (ebd., S. 220). Die Auswirkungen aber lediglich als ökonomisches Problem zu deuten, greift zu kurz. Normen, Institutionen, Lebensstile, Verhaltens- und Denkweisen prägen und umfassen eine Gesellschaft ebenso. Dies schärft auch das Verständnis der Komplexität dieser Thematik (ebd., S. 220). Die gegenwärtige Gesellschaft, welche eine soziale Kluft eröffnet und eine enorme Beschleunigung und Globalisierung erlebt, kann auch als Auslöser für Orientierungslosigkeit und Überforderung und somit als schmerzbegünstigende Faktoren gesehen werden (ebd., S. 221-222). So können chronische Schmerzen nicht nur als Problem für die Gesellschaft, sondern auch als Problem verursacht durch die Gesellschaft verstanden werden (ebd., S. 221). Die gesellschaftlichen Deutungsmuster von chronischem Schmerz haben Einfluss auf das

Verständnis und den Umgang der Menschen damit. Schmerz wird grösstenteils als negative Erfahrung gedeutet und soll schnell wieder beseitigt werden können. Wenn dies nicht gelingt, wirkt es frustrierend. Zudem ist zu beobachten, dass chronischer Schmerz stigmatisierend wirken kann. Schmerzen, die nicht «sichtbar» sind, wird häufig ihre Existenz abgesprochen (Koesling et al., 2019, S. 223). Daher wird Menschen mit chronischen Schmerzen oft mit Argwohn und Unverständnis begegnet, und zwar von Mitmenschen und von medizinischem Fachpersonal (Egan-Moog, 2018, S. 112). Die Nichtanerkennung durch die Gesellschaft ist problematisch und kann zu sozialer und wirtschaftlicher Isolation führen (Koesling et al., 2019, S. 223). Zusätzlich entwickeln Betroffene intrapersonale Deutungsmuster ihrer Schmerzen, die die medizinische Behandlung erschweren können (ebd., S. 223). In der Gesundheitsversorgung zeigen sich weitere Hürden für Menschen mit chronischen Schmerzen. Insgesamt muss von einem Versorgungsdefizit gesprochen werden, weil zu wenig Fachpersonal vorhanden ist. Dies bedeutet, dass Betroffene keine adäquate Behandlung erhalten (ebd., S. 224). Der Zusammenhang mit dem Faktor Armut kann die Behandlungssituation zusätzlich erschweren, da sich Menschen mit wenig finanziellen Mitteln keine selbstfinanzierten Therapien leisten können (ebd., S. 224).

Dieser Abschnitt zeigt eindrücklich, wie vielschichtig die Auswirkungen von chronischen Schmerzen sein können. Der enge Zusammenhang mit der Gesellschaft ist nicht zu leugnen und zeigt, dass Schmerz als ein soziales Phänomen begriffen werden muss. Es braucht also auch sozialpolitische Massnahmen, denn die Medizin ist nicht Adressat jeglicher Problemstellungen, die durch chronische Schmerzen entstehen können (ebd., S. 224). Hier wird die eingangs dargelegte Hypothese der Autorin bekräftigt.

Das Kapitel zu «Schmerzen verstehen» wird hier abgeschlossen, obwohl es noch viele Aspekte zu beleuchten gäbe. Deren Auswahl wurde durch die Autorin getroffen und priorisiert. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit, soll aber ein Überblick ermöglicht werden, der die Weiterverarbeitung des Themas eröffnet.

## 4 Leitfadeninterviews als Forschungsteil

Um die Fragestellung rund um die Thematik dieser Bachelorarbeit beantworten zu können, ergab sich die Notwendigkeit der Durchführung von Forschung. Unter Forschung wird erstens verstanden, dass Wissen produziert wird und zweitens Beobachtung und Analyse zu Erkenntnissen führen. Es soll also Neues entdeckt werden (Aeppli et al., 2016, S. 16). Noch genauer ausgedrückt wird empirische Forschung betrieben, was bedeutet, dass eine systematische Auswertung von Erfahrung erfolgt (ebd., S. 34).

Die untere Abbildung zeigt die formulierte Forschungsfrage, nach der sich die Forschung in dieser Arbeit orientiert.



Abbildung 8: Die Forschungsfrage (Quelle: eigene Darstellung)

Danach wurde ein Untersuchungsplan aufgestellt und die Untersuchung durchgeführt. Der Datenerhebung folgte die Datenauswertung und zuletzt wurde versucht, die Fragestellung durch Interpretationen aus theoretischem Vorwissen und den Resultaten aus den Interviews zu beantworten (ebd., S. 50-51). Der qualitative Forschungsprozess kann nach Flick (2009) linear oder zirkulär durchgeführt werden (S. 128). Hier wird dem linearen Modell gefolgt, indem ausgehend von der Theorie Hypothesen gebildet werden. Diese werden durch die präzise Angabe der Vorgehensweise, die Beschreibung der Stichprobe, die Erhebung und die Auswertung überprüft und somit wird neues Wissen generiert.

Die Überlegungen zum Forschungsdesign werden in der untenstehenden Abbildung zusammengefasst. Die Darstellung lehnt an die Vorstellungen von Flick (2009) an (S. 177).



Abbildung 9: Komponenten des Forschungsdesign mit zusammenfassenden Beschreibungen (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Flick, 2009, S. 177)

## 4.1 Erhebungsverfahren

Bei der Erhebung von Daten ist es wichtig, sich Gedanken zum Umgang mit Personen und ihren Daten zu machen. Die Untersuchungsteilnehmer\*innen müssen alle nötigen Informationen über die Forschung erhalten, um über ihre Teilnahme entscheiden zu können. Zudem muss die Freiwilligkeit garantiert sein und auch während der Untersuchung ein Abbruch gewährleistet werden. Daraus dürfen für die Teilnehmer\*innen keine Nachteile entstehen. Die Forschende muss dafür besorgt sein, dass für die Teilnehmer\*innen keine grossen Belastungen entstehen (Flick, 2009, S. 58-59). Zusätzlich müssen der Datenschutz und die Gewährleistung der Anonymität (ebd., S. 60) jederzeit bestehen. Das Bewusstsein der Doppelrolle als Studierende und Forschende sollte bei der Forschenden präsent sein (ebd., S. 58).

Bei dieser Forschungsarbeit wurde als Forschungsmethode eine mündliche Befragung von Personen gewählt. Mündliche Befragungen sind etwas Alltägliches (Flick, 2009, S. 177). Unter anderem auch in der Physiotherapie gehört die sogenannte Anamnese bei Beginn jeder Therapiesequenz zum Ablauf. Dies kann hier auch als eine Ressource der Forschenden gesehen werden, denn sie kann ihre Erfahrungen als Physiotherapeutin nutzen.

Bei der Wahl der Interviewform wurde auf eine Variation zwischen einem offenen und einem strukturierten Interview gesetzt (ebd., S. 179). Somit konnte sichergestellt werden, dass die Forschungsfrage im Anschluss beantwortet werden kann und die befragte Person trotzdem offen und detailliert erzählen konnte (ebd., S. 181). Die interviewten Personen sind Experten ihrer eigenen Erzählungen (Mayring, 2002, S. 66) und gegenüber einem Fragebogen oder einer geschlossenen Umfragetechnik hat das Interview den Vorteil, dass in der Regel ehrlicher, reflektierter und offener geantwortet wird (ebd., S. 67). Diese Art wird als halb- oder teilstrukturiertes Interview bezeichnet. Vom/von der Interviewer\*in wird dabei eine flexible Gesprächsführung gefordert (Aeppli et al., 2016, S. 181). Gegenstand des Interviews ist eine Problemstellung. Dadurch kann der Begriff des problemzentrierten Interviews, welcher durch Witzel (1982, 1985) geprägt wurde, herangezogen werden (Mayring, 2002, S. 67). Es kann aber auch davon ausgegangen werden, dass sich eine Art Experteninterview ergibt, da die befragten Personen als Experten ihrer Lebenssituation gesehen werden (Flick, 2009, S. 270).

Für die Durchführung des Interviews wurde ein Leitfaden erstellt. Dazu war in der Vorbereitung das Aneignen von Fachliteratur erforderlich (Aeppli et al., 2016, S. 183). Um die Auswertung zu erleichtern, wurden die Fragen Themenbereichen zugeordnet und nummeriert (ebd., S. 184). Zu Beginn wurde das Thema eingeführt und so der Kontakt hergestellt (ebd., S. 185). Der erstellte Leitfaden ist im Anhang der Arbeit abgebildet.

## 4.2 Sampling

Eine Stichprobe soll grundsätzlich repräsentativ für eine Grundgesamtheit, der interessierenden Population, sein (ebd., S. 141). Eine Zufallsauswahl wäre zu bevorzugen (Beller, 2004, S. 87). Im Rahmen dieser Bachelorarbeit konnte die Stichprobe in Anbetracht geringer personeller Ressourcen nicht optimal gezogen werden. Es wurde ein Convenience

Sampling gewählt, was bedeutet, dass Fälle ausgewählt wurden, die am einfachsten zugänglich waren (Flick, 2021, S. 167). Der Zugang zu möglichen Interviewpartner\*innen war über die Tätigkeit in einer Physiotherapie-Praxis gegeben. Durch eine Information an alle Mitarbeiter\*innen der Praxis und die Abklärung des Interesses und der Bereitschaft bei möglichen Teilnehmer\*innen konnten drei Interviewpartner\*innen gefunden werden. Als Einschlusskriterien galten eine Diagnose mit dem Begriff "chronisch" und "Schmerz", wobei verschiedene Formen der Begriffe berücksichtigt wurden. Zudem wurde darauf geachtet, dass die Personen im Erwachsenenalter sind und gute Deutschkenntnisse aufweisen. Dies aufgrund der Tatsache, dass aus finanziellen Gründen keine Dolmetscher\*innen eingesetzt werden konnten und sich die Auswertung der Interviews ansonsten erschwert hätte. Zusätzlich wurde darauf geachtet, dass die Autorin die Personen vorher nicht persönlich kannte, um umfassendere und aufschlussreichere Erkenntnisse gewinnen zu können (ebd., S. 152). Von den möglichen Kandidaten wurde eine möglichst heterogene Stichprobe ausgewählt (Aeppli et al., 2016, S. 142). Bei einer Stichprobe von drei Teilnehmer\*innen ist diese Heterogenität natürlich stark limitiert. Die untenstehende Tabelle zeigt einen Überblick über die drei Interviewpartner\*innen und einige Kriterien, die erhoben wurden.

Kriterium	Teilnehmer 1	Teilnehmerin 2	Teilnehmerin 3
<b>Geschlecht</b>	männlich	weiblich	weiblich
<b>Alter</b>	28 Jahre	57 Jahre	20 Jahre
<b>Familienstand</b>	ledig	verheiratet	Ledig
<b>Beruf (%)</b>	Maschinenbauingenieur (80%) + Weiterbildung	Lehrerin (100%)	Studentin (Vollzeit)
<b>Bildung</b>	Fachhochschule	Universität	Universität

Tabelle 2: Interviewpartner\*innen mit einigen erhobenen Merkmalen (Quelle: Eigene Darstellung)

Nachdem die Auswahl der Interviewpartner\*innen aufgezeigt wurde, wird im folgenden Abschnitt auf die Durchführung der Forschung eingegangen.

### 4.3 Art der Durchführung

Zu Beginn wurde ein Zeitplan erstellt, um einen Zeitraum zu bestimmen in dem die Erhebung der Interviews stattfinden sollte. Danach wurden die vorgängigen Schritte definiert und ebenfalls terminiert. Die Rekrutierung und Anfrage von möglichen Interviewpartner\*innen war auch abhängig von den Teammitglieder\*innen in der Physiotherapiepraxis und es wurde darauf geachtet, genügend Pufferzeiten einzuplanen. Nach Aeppli et al. (2016) sollte nach der Erstellung des Erhebungsinstruments (Leitfaden) auch eine Pilotierung stattfinden (S. 152). Auf diese wurde aufgrund von Vorkenntnissen im Bereich der Interviewführung und zur Einsparung von zeitlichen Ressourcen verzichtet. Der Ort der Datenerhebung wurde so gewählt, dass sich die befragten Personen möglichst wohl fühlen konnten und es sich um einen neutralen Ort handelte. Die Physiotherapiepraxis erschien in diesem Zusammenhang passend und deshalb wurden die Interviewtermine so geplant, dass ein freier Raum zur Verfügung stand. Die Interviews wurden immer am gleichen Ort durchgeführt, und während des Interviews wurden Zwischenfragen, Verständnisschwierigkeiten und relevante Vorkommnisse notiert (ebd., S. 158). Die Interviews konnten alle am selben Tag durchgeführt werden. Der Zeitrahmen wurde auf eine Stunde limitiert und genügend Pufferzeiten nach der Durchführung eingeplant, damit die Teilnehmer\*innen in Ruhe den Raum verlassen konnten.

Um auch ethische Richtlinien zu beachten, wurde ein Einwilligungsbild mit Informationen, Aufklärung und Datenschutzangaben von allen Teilnehmer\*innen unterschrieben (ebd., S. 189).

Nachdem die Interviews durchgeführt waren, musste das gewonnene Material ausgewertet werden. Diesem Prozess widmet sich das nächste Kapitel.

## 4.4 Auswertungsverfahren (-methode)

Aussagen über einen Gegenstandsbereich werden bei qualitativen Forschungsmethoden durch das Erfassen und Ordnen von Worten, Begriffen, Situationen und Zusammenhängen gemacht. Dazu braucht es die Interpretation von Bedeutungs- und Sinnstrukturen (Aeppli et al., 2016, S. 115). Um dies zu ermöglichen, muss die Aufzeichnung des Interviews transkribiert werden (ebd., S. 189). Da eine Übersetzung ins Schriftdeutsche die Transkription erschwert, wurde entschieden, das Interview in Schriftsprache zu führen (ebd., S. 190). Zudem erscheint es nach Flick (2009) sinnvoll nur so viel zu transkribieren, wie es die Fragestellung erfordert (S. 381).

Für die Auswertung wurden drei erstellte Interview-Transkripte verwendet, welche aus den geführten Interviews hervorgingen. Dabei wurde die einfache Transkription nach Dresing & Pehl (2015) angepasst angewandt und wie oben erwähnt nur die Abschnitte transkribiert, die für die Beantwortung der Fragestellung erforderlich waren. Die folgenden Punkte wurden für die Transkription beachtet (Dresing & Pehl, 2015, S. 21-22):

- Wörtliche Transkription. Dialekte wurden ins Hochdeutsche übersetzt.
- Wort- und Satzabbrüche werden ausgeschrieben oder ausgelassen und Wortdoppelungen nur erfasst, wenn sie zur Betonung genutzt wurden.
- Zu Gunsten der Lesbarkeit wird Interpunktion gesetzt.
- Verständnissignale des gerade nicht Sprechenden werden nicht transkribiert.

Für die nachfolgende Auswertung wurde das Verfahren des theoretischen Kodierens gewählt (Flick, 2009, S. 387). In einem ersten Schritt wurden deduktiv Kategorien gebildet, indem die Fragen des Leitfadens als Orientierung für die Bildung von Kategorien herangezogen wurden. In einem zweiten Schritt wurden induktiv Kategorien hinzugefügt, indem die transkribierten Interviews durchgearbeitet wurden. Laut Aeppli et al. (2016) können deduktive und induktive Kategorienbildung kombiniert werden (S. 258).

In der untenstehenden Tabelle ist eine Übersicht der erstellten Kategorien ersichtlich.

Kernthemen	Schmerz- und Krankheitsverständnis	Erlebte Unterstützung	Wünsche nach Unterstützung	Persönliche Veränderungen durch Schmerzen	Zukunftsvision
Unterthemen	Verstehen und beschreiben	Erhaltene Unterstützung	Wunsch nach mehr Unterstützung	Persönliche Veränderung	Eckpfeiler für Menschen mit chronischen Schmerzen
	Umgang/ Erfahrungen	Hilfreiche Unterstützung	Orte der Unterstützung	Handlungsfähigkeit	
	Information erhalten	Sinnlose Unterstützung	Persönliche Ansprechperson	Alltagsbewältigung	
	Information gesucht	Annahme der Unterstützung	Begleitung	Gesellschaftliches Handeln	
	Nächste Schritte	Ablehnung der Unterstützung	Beratung	Bedürfnis nach Anerkennung	
	Diagnosestellung	Gefühle in Bezug auf Schmerzen	Abklärungen/ Fragen nach psychosozialen Faktoren	Selbst-bewusstsein	
			Fehlende Faktoren für positive Veränderung	Ausschluss Selbst-/ Fremdbestimmung	

Tabelle 3: Überblick über die Kern- und Unterthemen, nach denen codiert wurde (Quelle: eigene Darstellung)

Nachdem die Kategorien erstellt waren, wurden die Transkripte nach diesen codiert und in Tabellenform zusammengefasst. Dies soll die Analyse, welche im Kapitel 6 folgt, ermöglichen und erleichtern. Diese Tabellen befinden sich im Anhang.

Im Bereich Forschung ist die Reflexion immer zentral und zeigt Schwächen oder Lücken auf. Daher wird im nächsten Kapitel eine kurze Reflexion des methodischen Vorgehens besprochen.

## 4.5 Reflexion des methodischen Vorgehens

Für die Reflexion des methodischen Vorgehens eignet sich eine Betrachtung der sogenannten Gütekriterien qualitativer Forschung (Aeppli et al., 2016, S. 262-263). Dies sind die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die Angemessenheit des Forschungsprozesses, die empirische Verankerung, die reflektierte Subjektivität und die Dokumentation der Ergebnisse und des Entscheidungsweges. Gütekriterien sind Massstäbe für die Qualität der

Forschungsergebnisse (Mayring, 2002, S. 140) und dienen daher auch zur kritischen Beurteilung der Forschung.

Die intersubjektive Nachvollziehbarkeit sollte gegeben sein, da der Forschungsprozess in diesem Kapitel dokumentiert wurde und so nachvollziehbar sein sollte. Das Vorverständnis der Forschenden wurde im Theorieteil und die Methoden zur Datenerhebung in diesem Kapitel dargelegt. Der Forschungsprozess sollte aufgrund dessen, dass die Forschungsfrage durch die Interviews und deren Auswertung beantwortet werden kann, angemessen sein. Die empirische Verankerung wird im nachfolgenden Kapitel angegangen, indem versucht wird, Hypothesen aus den Daten heraus zu entwickeln und zu verknüpfen. Zuletzt soll die Forschende durch stetige Reflexion feststellen, ob bestimmte Aspekte oder Erkenntnisse zu wenig Beachtung finden und dies sofern nötig anpassen. Daneben muss die Dokumentation sichergestellt werden, wie in diesem Kapitel und dem folgenden Kapitel nachzuvollziehen ist (Aeppli et al., 2016, S. 262-263).

Im nächsten Kapitel werden die Erkenntnisse aus den Interviews zusammengetragen.

## 5 Erkenntnisse aus den Interviews

Nach der Transkription und Auswertung der Interviews, wird in den nachfolgenden Kapiteln über die Inhalte berichtet. Sie wurden entlang den gebildeten Kategorien gestaltet. Als Einleitung steht ein zum Thema passendes Zitat. In den einzelnen Kapiteln wird zuerst auf die drei Interviews im Einzelnen eingegangen. Am Ende werden die wichtigsten Erkenntnisse zusammengefasst. Zum Abschluss des Kapitels folgt ein Fazit über alle Kernthemen und die drei Interviews sowie die Beantwortung der Forschungsfrage.

### 5.1 Schmerz- und Krankheitsverständnis

*«Sie sind immer präsent, aber ich kann sie vergessen, weil ich sie im Griff habe.» (2/S. 1)*

Der erste Interviewpartner beschreibt die Krankheit genau und ausführlich. Auffällig ist, dass er bereits im ersten Satz Worte wie «nicht kontrollieren», «nicht steuern» benutzt. Allerdings ist er auch der Meinung, dass er zumindest die Auslösung von Schmerzattacken beeinflussen oder hinauszögern kann. Eine ähnliche Thematik wird durch diese Aussage aufgegriffen: «(...) Mountainbike geht jetzt einfach nicht mehr und mich damit abzufinden, war für eine kurze Zeit ein bisschen schwierig (1/S. 3) (...)».

Es werden auch positive Aspekte beschrieben. Der Interviewpartner berichtet, dass seine Gesprächspartner\*innen in der Regel mit viel Empathie auf seine Krankheit reagieren. Sie fragen nach und gehen nicht davon aus, dass die Krankheit wieder verschwinden werde. Zudem ist er überzeugt, dass er in der Diagnosestellung grosses Glück gehabt habe. Den Informationsfluss beschreibt er als sehr gut und die Zeit zwischen ersten Symptomen und Diagnosestellung war sehr kurz. Hier macht er den Vergleich mit anderen, die an Morbus Bechterew leiden, die teilweise eine sehr lange Ungewissheit überstehen müssen, bis sie endlich die Diagnose erhalten. Informationen holt er sich vor allem bei Betroffenen in seinem Umfeld und bei der Physiotherapeutin. Zudem erwähnt er, dass auch die Kommunikation mit der Hausärztin und dem Rheumatologen sehr gut ist. Nach der Diagnosestellung hat er sich bei der Stiftung für Morbus Bechterew angemeldet und schätzt die Informationen, die er dort erhält. Hier müsse er sich keine Gedanken über die Richtigkeit machen und erhalte präzise Informationen.

Auch die zweite Interviewpartnerin konnte genau beschreiben, woher ihre Schmerzen kommen. Sie betont, dass ihre Schmerzen nie weg sind, sie seien immer präsent und sie könne sie nur vergessen, weil sie sie im Griff habe. «Heute kann ich damit leben. Ich hab's wie für mich akzeptiert, dass es so ist und ich mach das Beste daraus.» (2/S. 1) Zu Beginn sei dies aber anders gewesen. Sie beschreibt, dass sie zu Beginn kaum mehr gehen konnte, weil sie so starke Schmerzen gehabt habe. Sie erklärt damit auch, dass ihr Umfeld sehr froh sei zu hören, dass es ihr jetzt besser gehe. Sie betont aber: «es begleitet mich wahrscheinlich jetzt bis zum Tod» (2/S. 1). Sie erläutert, dass sie am Anfang eine falsche Vorstellung der Problematik hatte und diese zu ihrem Verhalten beigetragen habe. Mittlerweile kann sie ihre Schmerzen durch ihr Verhalten besser beeinflussen. Sie achtet z. B. darauf, keine schweren Gegenstände zu heben. Die Informationen, die sie zu Beginn erhalten habe, seien sehr schlecht gewesen. Sie hat bis zu einer Diagnose mehrere Ärzte konsultiert. Zu Beginn wurde ihr gesagt, dass sie sich die Schmerzen nur einbilde und sich hineinsteigere. Dies führte zu einer Krise, bis die Schmerzen nicht mehr auszuhalten waren und sie einen Chiropraktiker aufsuchte, der sie weiterverwies, um die Schmerzursache genauer abzuklären. Aber auch danach wurde sie noch bei drei unterschiedlichen Ärzten vorstellig, bis sie zu einem Arzt kam, der ihre Schmerzen erklären konnte und ihr Hoffnung gab. «(...) der Arzt, der war der erste der mich wirklich aufgeklärt hat und mir gesagt hat, ja sie müssen damit leben, aber sie müssen nicht mit solchen Schmerzen leben. Der hat mir dann weitergeholfen.» (2/S. 2) Es brauchte Erklärungen zu den verschiedenen Strukturen und Zusammenhängen, damit die Schmerzentstehung verstanden werden konnte. «(...) Schlüsselerlebnis war wirklich, als der Arzt mir gesagt hat (...) sie müssen keine Angst haben vor der Bandscheibe, da kann nichts passieren, da sind keine Nerven dort, ihr Problem sind die Gelenke, die Facettengelenke die blockieren, das ist der Schmerz». (2/S. 7)

Zudem hat sie aus verschiedenen Quellen wie dem Internet, auf Facebook, in Büchern oder bei Fachpersonen Informationen zusammengesucht. Sie berichtet über ihre nächsten Schritte, welche sie ihren Schmerzen angepasst hat. Sie geht wieder joggen, aber gemässigt und sie akzeptiert, wenn es einmal gar nicht geht. Bewegung ist für sie teilweise schmerzhaft, aber trotzdem wichtig und damit kann sie umgehen. Zusätzlich nimmt sie ihre Medikamente regelmässig und gewissenhaft.

Die dritte Interviewpartnerin berichtet über ihre Krankheit und erklärt, dass die Unterscheidung von Kopfschmerzen und Migräne eher schwierig sei. Jede\*r sei der Überzeugung genau zu wissen, was es ist, aber ihre Erfahrung sage ihr etwas anderes. Das folgende Zitat gibt dem Ausdruck: «Also ja ich denke, dass die meisten gar kein Verständnis dafür haben. Dass sie einfach denken, jetzt tuts halt ein bisschen weh. Leb damit!» (3/S. 1) Ihren Umgang mit den Schmerzen beschreibt sie unterschiedlich. Einerseits sagt sie, dass sie sich daran gewöhnt habe, andererseits hat sie erst kürzlich einen Neurologen aufgesucht und ihre Migräne genauer abklären lassen. Sie achtet seitdem genauer auf mögliche Auslöser und beobachtet sich selbst, z. B. in Stresssituationen:

Dann hab ich gemerkt ich sitz im Zug und reg mich auf, weil er nicht losfährt und ich komm so in den Stress, dass der Kopf schon anfängt zu stechen und ich merke, die Attacke beginnt und dann fasziniert mich das einerseits weil ich merke ich kann mich selber so stressen, dass ich eine Attacke auslösen kann und andererseits bin ich froh, dass ich es merke, weil ich es dann auch verhindern kann. (3/S. 3-4)

Ihre Informationen hat sie vor allem durch Recherche zusammengetragen und durch ihre Mutter, die ebenfalls betroffen ist, erhalten. Von Fachpersonen habe sie kaum Informationen bekommen und von Freunden und Verwandten nur gut gemeinte Ratschläge, die sie aber eher als nervig empfindet. Nächste Schritte im Umgang mit ihren Schmerzen beschreibt sie folgendermassen: «Ich denke, es werden ganz viele so kleine Puzzleteile sein, die ich mir jetzt zusammensuchen werde und dann so den Weg finde, einfach weniger Schmerzen zu haben. Und so dann damit umgehen zu können.» (3/S. 2) Zusätzlich nimmt sie sich vor, mehr auf ihren Körper zu hören und sie wird mit Medikamenten behandelt.

Zusammenfassend kann das Schmerz- und Krankheitsverständnis bei allen drei Interviewpartner\*innen als gut bewertet werden. Sie können ihre Krankheit detailliert und ausführlich beschreiben. Es scheint ihnen wichtig zu sein, dass sie einerseits über ihre Krankheit Bescheid wissen und andererseits auch das Verständnis in ihrem Umfeld abholen können. Sie betonen mehrfach, dass ihre Schmerzen real sind. Informationen wurden von medizinischem Fachpersonal und durch eigene Recherche gesucht und gefunden, wobei nicht alle verfügbaren Informationen zufriedenstellend waren. Die Diagnosestellung wird als Erleichterung oder einfach als wichtig hervorgehoben. Auffallend war zudem, dass alle Interviewpartner\*innen ihre nächsten Schritte definiert hatten und wissen, was sie erreichen möchten.

## 5.2 Erlebte Unterstützung

*«Meine Familie hat mich sehr unterstützt.» (2/S. 5)*

Beim Kernthema «Erlebte Unterstützung» beschreibt der erste Interviewpartner zuerst die Unterstützung von medizinischer Seite. Die ärztliche Unterstützung hat er als sehr zufriedenstellend erlebt und auch als selbstverständlich eingestuft. Zusätzlich ist für ihn seine Physiotherapeutin sehr wichtig. Er betitelt sie als die «allergrösste Unterstützung» (1/S. 3). Dies vor allem, weil er die Erfahrung gemacht hat, dass die Techniken, die sie anwendet, ihm immer gegen seine Schmerzen helfen. Herausgehoben wird auch die Unterstützung im Privaten durch seine Partnerin. Ihm helfen die Gespräche und die Motivationsversuche, wenn es ihm nicht gut geht. Er erwähnt in diesem Zusammenhang, dass auch sie unter seinen Schmerzen gelitten habe.

Es gibt auch Angebote, die er noch nicht genutzt hat, z. B. regionale Sportgruppen, die von der Bechterew-Stiftung angeboten werden. Er ergänzt, dass diese für ihn attraktiv würden, sobald z. B. die Krankenkasse die Physiotherapie nicht mehr zahlen würde. Sinnlose Unterstützung hat er nicht erhalten.

Zur Frage, wie er sich fühlt in Bezug auf seine Schmerzen, sagt er folgendes: «(...) wenn ich wirklich in diesen Attacken bin dann bin ich völlig bloßgestellt und diese Schmerzschiebe da kann ich einfach nichts dagegen unternehmen kurzfristig und da bin ich völlig ausgesetzt (1/S. 5) (...)». Dieses Zitat zeigt eindrücklich die Hilflosigkeit und vielleicht auch die Ohnmacht des Betroffenen.

Die zweite Interviewpartnerin konnte im Bereich «erlebte Unterstützung» über einige hilfreiche und auch sinnlose Unterstützungsangebote berichten. Die Konsultation beim Hausarzt schätzt sie neutral ein. Dieser habe ihr so gut geholfen, wie er konnte, und habe sie im weiteren Prozess unterstützt, indem er sie an Spezialisten weiterverwies. Die weiteren Ärzte haben unterschiedlich unterstützt. Wenn die Behandlungsmassnahmen nicht den erwünschten Erfolg brachten, fühlte sie sich eher allein gelassen. Es gab aber auch einen Arzt, dem es gelang, ihr ihre Schmerzen verständlich zu erklären und auch geeignete Massnahmen wie Physiotherapie und Medikamente vorzuschlagen, die dann eine Besserung der Symptome

mit sich brachten. Weitere Unterstützungen gab es vom Arbeitgeber, der Familie und Freunden. Insgesamt beschreibt die zweite Interviewpartnerin den Prozess aber als sehr fordernd. Das folgende Zitat beschreibt ihren Zustand:

(...) da hab ich wirklich gedacht, jetzt das kanns nicht sein, das kanns wirklich nicht sein, über Monate solche Schmerzen und es wird und wird nicht besser und irgendwie ist wie kein Ende zu sehen. Ja, da war ich wirklich verzweifelt. Ich hab sehr viel geweint, weil ich wirklich verzweifelt war. Ich hab wirklich gedacht das wars jetzt, so bleibt es jetzt bis Ende Leben. (2/S. 6)

Zudem sagt sie:

Ich war verzweifelt, ich war ganz klar verzweifelt und ich hatte wahnsinnig Angst, dass es in chronische Schmerzen übergeht. Was es ja jetzt auch ist. Aber ich hatte Angst, dass es in dieser Intensität bleibt, von dem hatte ich wahnsinnige Angst. Dass ich nie mehr Sport machen kann. Ja also von dem hatte ich jetzt wirklich richtig Angst. Und deshalb, ich hätte alles versucht, ich hätte alles versucht. ich hätte mich auch operieren lassen, wenn sie gesagt hätten, dass bringt etwas, hätt ich auch gemacht. (2/S. 6)

Diese zwei Aussagen zeigen, dass die erlebte Unterstützung in ihrem Fall nur bedingt geholfen hat bzw. erst nach einiger Zeit die „passende Unterstützung“ gefunden wurde.

Die erhaltene Unterstützung für die dritte Interviewpartnerin beschränkte sich vor allem auf ihre Mutter und die Hausärztin. Beide zeigten viel Verständnis. Zudem berichtet sie mir von einer App, die ihr anzeigt, wie lange sie schon keine Migräne mehr hatte. «(...) Und letztens habe ich das erste Mal so eine Push-Benachrichtigung bekommen, so , 7 Tage Migräne-frei, so nach 3 Monaten. Ja!» (3/S. 6) Diese Nachricht freute sie sehr. Wie bereits erwähnt, hat sie im Bekanntenkreis eher sinnlose Unterstützung in Form von Ratschlägen erhalten. Zudem berichtet sie von Situationen, in denen sie sich nicht verstanden fühlte und auch davon, dass sie nicht unbedingt auf andere zugehe.

Weil ich irgendwie schon das Gefühl habe, das ist vielleicht schon ein Vorurteil von mir, sie werden es nicht verstehen, sie können es nicht verstehen. Und ich wäre nur enttäuscht deshalb. Ich ja, schlussendlich habe ich die Schmerzen, und ich muss damit leben, ja. (3/S. 5)

Es gibt aber auch noch andere Gefühle im Zusammenhang mit den Schmerzen: «Also wenn ich merke, dass es kommt, bin ich genervt. Und ich denke warum schon wieder, warum jetzt? (...)» (3/S. 7)

Es gibt aber auch positive Gefühle, die z. B. beim Arztbesuch ausgelöst wurden. Als die Hausärztin mit viel Verständnis reagierte, half ihr dies aktiv zu werden. «(...) Du musst nicht zum Arzt, aber als ich dann da war, war das schon eine Last die von mir abfiel. Und da dacht ich doch, das war jetzt gut.» (3/S. 6)

Die erlebte Unterstützung ist bei allen drei Interviewpartner\*innen eher im Bereich von medizinischem Fachpersonal und Familienmitgliedern zu finden. Dabei werden gewisse Hilfestellungen als hilfreich und andere als sinnlos eingestuft. Teilweise zeigt sich auch, dass die Betroffenen sich schwer tun Unterstützung anzunehmen. Auffällig sind die starken Emotionen und Gefühle, wie Angst, Verzweiflung, «ausgesetzt sein» oder «genervt sein», die von den Betroffenen im Interview genannt wurden.

### 5.3 Wünsche nach Unterstützung

*«Irgendeine Beratungsstelle, irgendjemand, wo man hingehen kann und einfach, die einem sagt, ja, sie sind nicht alleine, wir kennen das Problem und das wieder, also das hab ich mir schon gewünscht.»  
(2/S. 7)*

Der Interviewpartner 1 nimmt Bezug zu seinen vorgängigen Aussagen und zeigt auf, dass bei ihm vieles sehr gut abgelaufen sei und er sich darum keine weiteren Wünsche nach Unterstützung vorstellen kann. Sein Wunsch sei es, dass auch andere Betroffene eine so lückenlose und schnelle Unterstützung erhalten. Er erzählt vom Wunsch nach invasiven Therapien (Cortisonspritze), wenn die Schmerzen besonders stark sind, und macht den Bezug, dass unter Schmerzen Entscheidungen zu treffen enorm schwierig sei. Hier ist er froh um die persönlichen Ansprechpersonen, seine Partnerin, die Physiotherapeutin und der Rheumatologe, die ihn mit Beratungen auch in schmerzfreien Phasen unterstützen. Bei Schmerzen sind die ersten Ansprechpersonen die Physiotherapeutin oder je nach Intensität der Arzt. Ob es zum Beispiel bei der Bechterew-Stiftung persönliche Ansprechpersonen gibt, weiss er nicht, da er dies noch nie in Anspruch nehmen musste. Er sieht den Bechterew-Verband aber insgesamt als sehr gute Anlaufstelle für Fragen zu seiner Krankheit und würde sich bei Bedarf dorthin wenden. Ihm gebe das Wissen um diese Institution ein gutes Gefühl, auch wenn er wegen seiner zurückhaltenden Art noch nicht Hilfe gesucht habe. Auch in Bezug auf eine mögliche Umschulung hat er aufgezeigt bekommen, dass die Stiftung Unterstützung

bietet. Auch hier war ein Handeln bis jetzt aber überflüssig, da er seinen Job gut ausführen kann.

Unterstützend wirkt die Tatsache, dass die Physiotherapie kontinuierlich besucht werden kann und somit immer wieder Termine anstehen. Dies beschreibt er als eine gewisse Sicherheit. Dass sich die Physiotherapeutin um die weiteren Therapieresepte kümmert, wirkt für ihn entlastend. «(...) da bin ich auch froh, dass sich Sabrina (die Physiotherapeutin, Anmerkung der Autorin) so gut darum kümmert, solange, das hilft sicher einfach fürs Gewissen, dass ich dieses Angebot nutzen kann (...).» (1/S. 8)

Die Interviewpartnerin 2 beschreibt eindrücklich, dass sie sich mehr Unterstützung gewünscht hätte. Sie spricht von einer Anlauf- oder Beratungsstelle. Sie wäre auch in eine Selbsthilfegruppe gegangen, weil sie sich dort im Gegensatz zum Internet einen authentischeren Austausch vorgestellt hätte. Zur Frage, ob sie wisse, wo sie nach Unterstützung fragen könnte, hat sie keine Antwort. Ihr kommt die Krankenkasse in den Sinn, aber sie kennt kein konkretes Angebot. Eine persönliche Ansprechperson hätte sie gerne gehabt und würde auch eine Form von Begleitung als hilfreich erachten. Sie hätte gerne folgendes mit dieser Person besprochen: «ich hätte wahrscheinlich die Situation geschildert und meine Ängste, die ich hatte, dass die Schmerzen bleiben und ich mit dieser Angst leben muss, dass ich jedes Mal wieder für ein paar Wochen ausfalle, das war so meine große Angst.» (2/S. 8) In ihrem Fall wurden vom Fachpersonal zu keiner Zeit Fragen zur familiären oder Arbeitssituation gestellt oder Angebote für Unterstützung in diesen Bereichen unterbreitet. «Also es wurde weder nach der familiären Situation, noch nach der privaten oder beruflichen. Gar nichts.» (2/S. 10)

Wünsche nach Unterstützung hat die Interviewpartnerin 3 nicht. Sie sagt aber, dass es ihr geholfen hätte, wenn man sie früher ernst genommen hätte. Zusätzlich wünscht sie in Bezug auf Nebenwirkungen von Medikamenten mehr Aufklärung von ärztlicher Seite. Sie hat selbständig einen «Phasenplan» aufgestellt, um eine Art Reihenfolge festzulegen, wie sie vorgehen möchte, wenn die Schmerzen nicht besser werden. Zusätzlich hat sie Rat bei ihrer Physiotherapeutin erhalten und hat so Yoga für sich entdeckt. Auch ihr persönliches Umfeld hat sie beraten. Die Frage nach einer persönlichen Ansprechperson beantwortet sie überrascht ungläubig, aber sehr positiv. Sie würde es begrüßen, wenn jemand den Überblick hätte und sie so unterstützen könnte. Fragen nach ihrer psychosozialen Situation wurden zu

keiner Zeit gestellt. Sie erzählt, dass der Arzt lediglich fragte, ob sie viel Stress im Studium habe.

Alle Interviewpartner\*innen betonen, dass der Austausch über ihre Krankheit von grosser Bedeutung für sie ist, und betiteln dies als Wunsch nach Unterstützung. Sie schätzen den Austausch mit Fachpersonen in Form von Beratung, aber auch die Gespräche mit Familie und Freunden. Je nach Thematik wäre eine neutrale Person als Ansprechperson gut denkbar für sie. Ausserdem sehen sie Vorteile in einer Person, die die Koordination übernimmt und alle Abläufe im Blick hat. Zwei der drei Interviewpartner\*innen können aber zuerst keine konkreten Wünsche äussern. Sie sind zufrieden, wie die Betreuung funktionierte. Auffällig ist, dass von der Patientenseite nie Fragen nach der psychosozialen Situation erlebt oder wahrgenommen wurden. Positiv ist die Tatsache, dass alle Interviewpartner\*innen eine Vorstellung äussern können, was ihnen fehlt, um ihre Situation weiter positiv verändern zu können.

## 5.4 Persönliche Veränderungen durch die Schmerzen

*«(...) leben mit angezogener Handbremse» (3/S. 13)*

Der erste Interviewpartner findet, dass seine Schmerzen ihn nicht persönlich verändert haben. Er ist der Überzeugung, dass sein Charakter dadurch nicht beeinflusst wurde. Er stellt aber Veränderungen in seiner eigenen Empathie gegenüber anderen fest. Er denkt, dass er mehr Verständnis hat und auch geduldiger ist im Umgang mit anderen. In seiner Handlungsfähigkeit sieht er sich nicht eingeschränkt. Er beschreibt aber, dass eine Schmerzattacke dazu führen kann, dass er nicht arbeiten kann oder sportlich eingeschränkt sei. Dies sei aber glücklicherweise noch nicht häufig vorgekommen. Auch seinen Alltag kann er grösstenteils gut bewältigen und muss sich nicht einschränken. Zu Beginn hat er über die Entscheidung, nicht mehr Mountainbike zu fahren berichtet. Hier hat er eine Alternative mit dem Strassenrad gefunden. «Man findet neue Begeisterung. Man gibt etwas auf und das ist emotional schwierig, aber sobald man das mit etwas anderem ersetzen kann, ist das gleich wieder. Ich kann damit sehr gut umgehen.» (1/S. 9) Durch den Wechsel der Sportart und das Wissen, dass er gewisse Sportarten nie ausführen kann, ist eine Einschränkung festzustellen. Das Selbstbewusstsein hat sich laut ihm eher positiv verändert. Er kann nicht mehr ganz

«unversehrt leben», dies schiebt er aber einerseits auf das Alter und andererseits auf mehr «Realisationen» (1/S. 10). Er sieht sich insgesamt als weniger «naiv» (1/S. 10). Einen sozialen Ausschluss hat er nie erlebt. Wenn er auf etwas verzichtet hat, sei es seine Vernunft gewesen, die einen Ausschluss von einer Aktivität verursacht habe. Er ist zudem der Meinung, dass er seine Entscheidungen immer selbstbestimmt treffen konnte. Die Ärzte hätten ihn beraten und ihm dann die Entscheidung überlassen.

Die zweite Interviewpartnerin hat persönliche Veränderungen festgestellt. Sie sei insgesamt viel vorsichtiger geworden. Bewegungen mache sie bewusster und die Angst vor einem Schlag bei einem Misstritt ist immer im Hinterkopf. Zudem kann sie keine Gewichte mehr tragen, also z. B. auch Einkäufe. Wie bereits erwähnt, musste sie ihre sportlichen Aktivitäten anpassen und auch ihre Hilfsbereitschaft stark einschränken. «(...) ich bin vom Wesen her wirklich jemand, der überall hilft. Das mach ich wahnsinnig gern. Ich unterstütze wahnsinnig gerne andere Leute und das macht mir etwas zu schaffen, dass ich nicht mehr bei allen helfen kann.» (2/S. 12) Bei der Arbeit hat sie ein Stehpult eingerichtet und achtet auf mehr Bewegung. Bereits kleine Bewegungen erleichtern ihr den Alltag. Das gesellschaftliche Handeln sieht sie am Beispiel vom Zügeln eingeschränkt:

Das hätte ich mir nie vorstellen können, dass wir umziehen und ich muss zuschauen wie die schaffen, also hin und her tragen. Das ist mir dann auch sehr sehr sehr schwierig gefallen. Also das hab ich fast nicht ausgehalten, dass muss ich sagen. (...) (2/S. 12)

Das Selbstbewusstsein hat sich insofern verändert, als dass sie in Bezug auf ihren eigenen Körper mehr Vertrauen gewonnen hat. Sie kann ihre Angst kontrollieren und hat das Bewusstsein bzw. «(...) die Selbstsicherheit, hey dein Körper schafft das (...)» (2/S. 13). Einen Ausschluss in gewissen Bereichen oder von anderen Personen konnte sie nicht feststellen, aber bei der Arbeit hat sie sich enorm behindert gefühlt. Und in Bezug auf Fremdbestimmung hat sie als Beispiel eine bzw. mehrere Arztkonsultationen erwähnt, bei denen sie nicht in die Prozesse miteinbezogen wurde. Sie wusste teilweise nicht, was genau gemacht wird und auch nicht, wer für sie zuständig ist. Diesen Zustand hat sie als fremdbestimmt wahrgenommen und sich dann auch gegen diesen Behandlungsort entschieden: «Ich will da nicht mehr hin. Ich fühl mich überhaupt nicht verstanden.» (2/S. 14)

Persönliche Veränderungen hat die dritte Interviewpartnerin kaum beobachtet. Sie hält aber auch fest, dass in ihrem Fall die Erkrankung bereits in der Kindheit begann und daher eine

«Veränderung» schwierig festzuhalten ist. Sie vermutet, dass sie vielleicht unbeschwerter wäre ohne die Krankheit. Sie beschreibt es als «leben mit angezogener Handbremse» (3/S. 13) und als eine ständige Unsicherheit, ob sie den nächsten Moment geniessen kann oder eine Migräne beginnt. Sie schildert Situationen aus ihrer Kindheit, in denen sie sich gerne zurückgezogen hätte, aber ihre Freundin nicht enttäuschen wollte. Auch heute in ihrem Alltag als Studentin vergleicht sie sich häufig mit ihren Kommilitoninnen: «(...) man schaut überall rum und denkt sich so, ok, die sind jetzt sicher fitter im Kopf als ich. Ich bin irgendwie unkonzentriert, ich lese den Satz 3x und versteh ihn nicht, wenn ich wahrscheinlich keine Migräne hätte, wäre jetzt besser.» (3/S. 15) Sie ist zudem überzeugt, dass sie ihre Hobbies bewusst gewählt hat und sagt z. B. «Nein, also vielleicht so 20 schreiende Kinder bräuchte ich jetzt nicht.» (3/S. 16) Zum Bedürfnis nach Anerkennung sagt sie folgendes:

Aber ich glaube, ich könnte nicht jemandem sagen, ich möchte jetzt nicht sprechen, ich habe Kopfschmerzen. (...) Ich hätte zu viel Angst vor der Reaktion, ich hätte Angst vor dem Unverständnis, dass die Leute denken, ja was bringt die jetzt für eine dumme Ausrede. (3/S. 14-15)

Oder:

(...) Ich meine, wenn man einen gebrochenen Arm hat, das sieht jeder, was ist passiert. Bei mir ist nichts passiert, ich weiss nicht, woher es kommt. Ich weiss nicht, warum ich das habe. (...) Und deshalb ist es so ja, ich erzähle lieber nichts (...) (3/S. 17)

Sie ist der Meinung, dass sich ihr Selbstbewusstsein positiv verändert hat, seit sie aktiv wurde. Darauf ist sie stolz und sie denkt, dass es geholfen hat, sich nicht mehr so hilflos zu fühlen. Ausgeschlossen wurde sie nie im negativen Sinn. Sie beschreibt eher rücksichtsvolles Handeln z. B. ihrer Familie und hat dies positiv bewertet. Und sie erläutert, dass sie ihre Entscheidungen immer selbst treffen konnte und sich nicht übergangen fühlte.

Persönliche Veränderungen haben alle Interviewpartner\*innen in einer Form erlebt, auch wenn sie diese nicht auf die konkrete Frage angegeben haben. Zum Beispiel hat sich das Selbstbewusstsein positiv verändert. Eine negative Veränderung beschreiben sie in Form von Unsicherheit und weniger unbeschwertem «Sein». Die Einschränkungen im Alltag und im gesellschaftlichen Handeln sind sehr unterschiedlich und abhängig davon, wie akut die Symptome auftreten. Ausschluss oder Stigmatisierung haben die Befragten im negativen Sinn nicht erlebt. Sie berichten eher von rücksichtsvollem Umgang mit ihren Einschränkungen oder auch dem selbstbestimmten Ausschluss z. B. von gewissen sportlichen Aktivitäten. Bei der

Frage nach Fremdbestimmung sind die Aussagen verschieden. Von ärztlicher Seite wurde Fremdbestimmung teilweise erlebt, dies vor allem in Form von zu wenig Information und Aufklärung. Allen Befragten hat es geholfen, eine aktive Position in Bezug zu ihrer Krankheit einzunehmen. Sie beschreiben, dass sie ihre Krankheit oder ihre Schmerzen in den Griff bekommen haben.

## 5.5 Zukunftsvision

*«Nicht ein großes Umfeld, aber ein verlässliches Umfeld.» (1/S. 11)*

Wichtige Eckpfeiler in der Behandlung von Menschen mit chronischen Schmerzen fasst der Interviewpartner 1 mit seinen bereits erzählten Inhalten zusammen. Eine schnelle Diagnose eröffne die Möglichkeit besser mit einer Krankheit umgehen zu können. Das Angebot der Physiotherapie, einer anderen Therapie oder Ansprechperson sei essenziell. Hier verwendet er den Begriff «begleiten». Die Nutzung eines Sportangebotes oder einer Gruppe beizutreten kann ebenfalls wichtig sein. Und das soziale Umfeld, welches von Zeit zu Zeit nachfragt und so Interesse zeigt, sei von enormem Wert. Das Umfeld soll motivieren, unterstützen und einfach da sein. Wenn dieses soziale Umfeld nicht vorhanden wäre, würde er eine persönliche Ansprechperson aus einem anderen Bereich sehr empfehlen. Für ihn ist klar, dass der Austausch wichtig ist und man Unterstützung braucht, um in schwierigen Momenten einen Ausweg erkennen zu können. Insgesamt stellt er zum Schluss noch einmal fest, dass es ihm sehr gut geht mit seiner Krankheit und er dankbar dafür ist. Es hilft ihm auch andere zu unterstützen, indem er Verständnis für deren Situationen zeigt.

Es gibt auch sehr viel, wenn man weiß, jetzt kann man auch zurückgeben oder anderen Leuten weiterhelfen. Sicher, das hilft mir auf jeden Fall, man ist irgendwie eine bisschen relevanter in dem Bereich jetzt, man kann mitreden, jemandem helfen und die Hilfe, die man angibt, ist ja überhaupt nicht medizinisch, ist einfach den Rücken freihalten und ein bisschen unterstützen. (1/S. 12)

Für die Interviewpartnerin 2 sind die folgenden Inhalte für Betroffene wichtig. Zuerst nennt sie das Verständnis des Umfeldes, dass die Schmerzen real sind. Sie betont mehrfach, dass ernst genommen zu werden von unschätzbarem Wert sei. Zusätzlich ist die Botschaft, dass die Schmerzen sich verändern können, also der Zustand sich verbessern kann, für Betroffene wichtig. Eindrücklich waren die Schilderungen zum Schluss des Interviews:

(...) ich hatte sogar wirklich auch Momente, wo ich gedacht habe, also so möchte ich eigentlich gar nicht weiterleben. Da bin ich ja nur für alle eine Belastung und für mich selber und (...) habe ich keine Freude mehr am Leben. Also das waren wirklich Momente, wo ich gedacht habe: kanns das echt sein? Solls das wirklich sein? (2/S. 17)

Die Interviewpartnerin fand in einer sehr guten Freundin eine Gesprächspartnerin, die ihr in dieser schwierigen Zeit geholfen hat. Sie sagte, dass sie dies ihrer Familie gegenüber niemals geäußert hätte. Daher betont sie auch, dass eine Beratung durch eine externe Person eine gute Möglichkeit darstellen könnte, Menschen mit chronischen Schmerzen zu begleiten.

(...) Wenn man eine Person hat, mit der man über alles sprechen kann, ich glaube das ist schon das A und O. Das ist und ich glaube das muss wirklich nicht innerhalb der Familie sein. Ich hätte das nie mit meiner Familie, so die Gedanken ausgetauscht, weil ich so ein schlechtes Gewissen gehabt hätte. (2/S. 18)

Die Vorstellung, auch mit Schmerzen sagen zu können «es geht mir gut», war für sie zu Beginn unvorstellbar. Daher sagt sie auch, dass es in einer Beratung keinesfalls so dargestellt werden sollte. Sie beschreibt die Inhalte folgendermassen: «(...) jemand dort auf den Weg bringen und ich glaube, das ist wirklich das und das dem zugestehen, ja sie haben Schmerzen und das ist schlimm und das verstehe ich oder so.» (2/S. 16-17)

Die dritte Interviewpartnerin formuliert ihre Zukunftsvision folgendermassen:

Ich würd mir einfach allgemein wünschen, dass Menschen mehr Verständnis hätten für andere. Also ich meine, nur wenn man eine Krankheit nicht sieht, auch die ganzen psychischen Erkrankungen, dass man da einfach Verständnis hat, oder auch ja, Empathie oder einfühlsam ist. Ist nicht jeder Mensch, aber dass man halt ein bisschen zu seinem Gegenüber auch schaut. Und nicht einfach drauflos. (3/S. 21)

Die Gesellschaft insgesamt müsste sensibilisiert werden für Themen wie chronische Schmerzen und es müsste ohne Scham darüber gesprochen werden. Sie denkt, dass eine früher einsetzende Begleitung helfen würde und bringt als Beispiel die zahnärztlichen Untersuchungen in der Primarschule ein. Dies würde auch die nächste Aussage stützen: «(...) Ich denke, viele leiden vorher schon viel zu lange. Und bis sie dann etwas gefunden haben, das ihnen hilft, ist noch mal lange.» (3/S. 19)

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass die verschiedenen Betroffenen auch unterschiedliche Vorstellungen von einer optimalen Versorgung haben. Eine schnelle Diagnosestellung, das Verständnis des Umfeldes und eine generelle Sensibilisierung der Gesellschaft werden erwähnt.

## 5.6 Fazit zu den Erkenntnissen

Es gestaltet sich schwierig, ein allgemeingültiges Fazit zu den Erkenntnissen zu formulieren, weil die Interviews gezeigt haben, dass chronische Schmerzen hochkomplex sind und nicht verallgemeinert werden können. Die verschiedenen Ausprägungen der chronischen Schmerzen bei den Interviewpartner\*innen werden durch sehr unterschiedliche Erfahrungen ergänzt und führen zu individuellen Bildern, die sich aus verschiedenen Puzzleteilen zusammensetzen. Die Bedürfnisse sind daher sehr vielseitig. Die Forschungsfrage «Welche Art von Unterstützung wünschen sich Menschen mit chronischen Schmerzen?» wird mit Hilfe eines nachstehend selbst erstellten Mindmaps beantwortet.

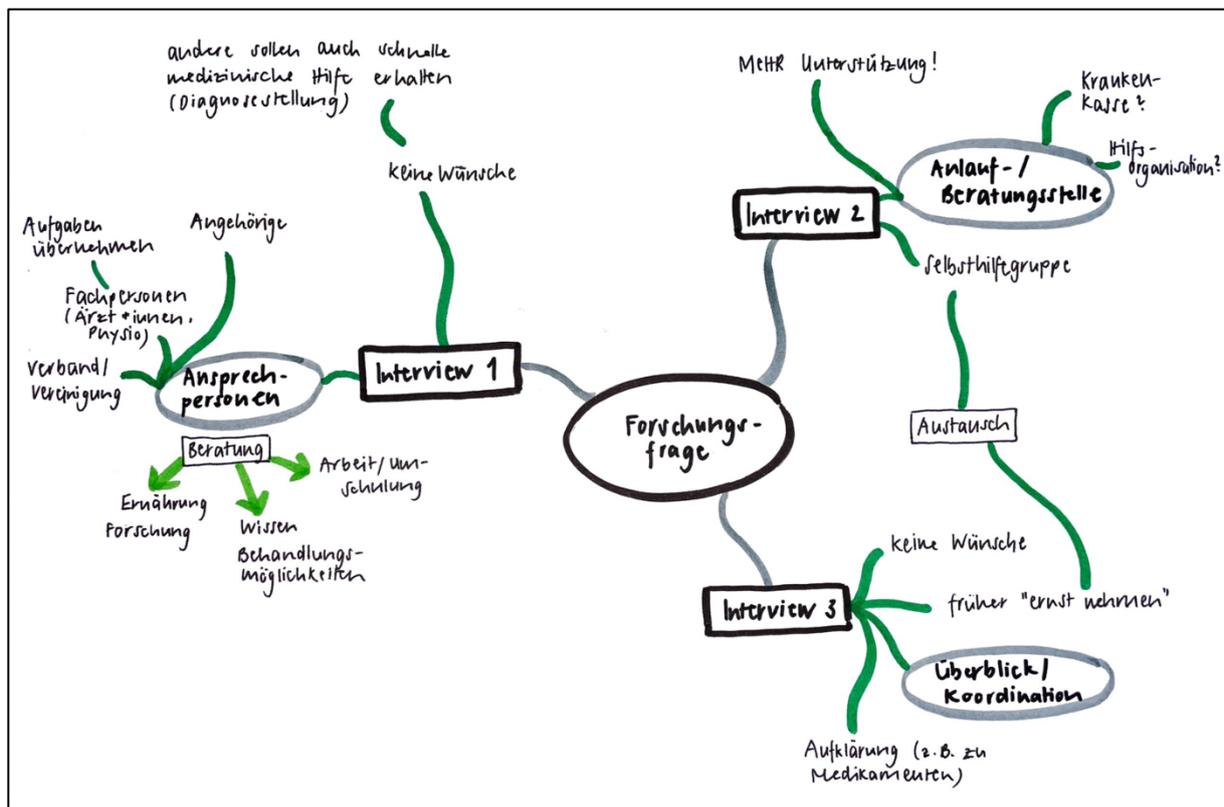


Abbildung 10: Zusammenfassung der Ergebnisse aus den Interviews zum Thema «Wünsche nach Unterstützung» (Quelle: eigene Darstellung)

In der Abbildung ist ersichtlich, dass die Aussagen von «kein Wunsch nach mehr Unterstützung» bis zu «mehr Unterstützung» gehen. Insgesamt wird klar, dass alle Interviewpartner\*innen in einer gewissen Form Unterstützung begrüssen. Vor allem eine Form von Beratung, sei es im Bereich Arbeit, Wissen, Behandlungsmöglichkeiten oder

Ernährung wäre von Vorteil. Zudem ist die Möglichkeit des Austausches sehr gefragt. Die Wünsche gehen vom Besuch einer Selbsthilfegruppe, über Gespräche mit Angehörigen und Freunden, Beratung durch medizinische Fachpersonen als auch zur Beantwortung von Fragen von spezialisierten Verbänden oder Vereinigungen. Als letzten wichtigen Punkt soll die Koordination von unterschiedlichen Angeboten und Möglichkeiten genannt werden. Auch hier wünschen sich Betroffene mehr Unterstützung, weil der Aufwand, um sich selbst einen Überblick zu schaffen sehr gross ist und teilweise das Fachwissen fehlt.

Im folgenden Kapitel folgt die Verknüpfung von Aspekten aus den Interviews mit den theoretischen Inhalten von Kapitel 2 und 3.

## 6 Verknüpfung von Theorie und Praxisbezügen

Wie gesehen gibt es einen engen Zusammenhang von Sozialer Arbeit und Gesundheit. Gesundheitsförderung ist ein Teil der Sozialen Arbeit, wie im Berufskodex beschrieben steht: «Soziale Arbeit hat Menschen zu begleiten, zu betreuen oder zu schützen und ihre Entwicklung zu fördern, zu sichern oder zu stabilisieren» (AvenirSocial, 2010, S. 6). Die WHO (1986) definiert Gesundheit als ein Zustand von körperlichem, seelischem und sozialem Wohlbefinden was eine Definition der Sozialen Arbeit stützt. «Die Profession Soziale Arbeit fördert den sozialen Wandel, Problemlösungen in zwischenmenschlichen Beziehungen sowie die Ermächtigung und Befreiung von Menschen mit dem Ziel, das Wohlbefinden der einzelnen Menschen anzuheben» (AvenirSocial, 2010, S. 8). Es steht also ausser Frage, dass die Soziale Arbeit sich für Menschen mit chronischen Schmerzen einsetzen sollte, die sich in einer Problemlage befinden, in der sie Herausforderungen angehen müssen, die sie überfordern könnten. Im 3. Kapitel wurde dargelegt, dass chronische Schmerzen vielfältige Auswirkungen auf den betroffenen Menschen haben können und nicht nur körperliche Einschränkungen die Folge sind. Dies unterstützt die obengenannte These der Zuständigkeit der Sozialen Arbeit und die folgende Fragestellung kann beantwortet werden.



Abbildung 11: Frage zum Bewertungswissen (Quelle: eigene Darstellung)

Die Soziale Arbeit soll sich also für Menschen mit chronischen Schmerzen einsetzen. Dies übernimmt die Klinische Soziale Arbeit im stationären Bereich in spezialisierten Schmerzzentren. Im Bereich der ambulanten Versorgung ist aber kein Angebot zu finden, welches diese Menschen unterstützen könnte. Viele werden durch den Hausarzt und Therapeuten betreut und die psycho-sozialen Aspekte werden eher vernachlässigt. Im

nächsten Kapitel wird aufgezeigt nach welchen Theorien die Soziale Arbeit in diesem Bereich arbeiten könnte.

## 6.1 Hilfen zur Lebensbewältigung

Das Konzept der «Hilfen zur Lebensbewältigung» wurde im Kapitel 2.3 erläutert. Die Schnittstelle zwischen Medizin und Sozialer Arbeit bearbeitet synchron bio-psycho-soziale Inhalte (Sommerfeld, 2021, S. 28), die bei chronischen Schmerzen von grösster Bedeutung sind. Der Mensch steht im Zentrum und wird im gesellschaftlichen Kontext gesehen. In den Interviews erzählten die Befragten z. B. von Schamgefühlen, die sie daran hinderten, über die Schmerzen zu berichten und von schlechtem Gewissen, weil sie nicht beim Zügeln mithelfen konnten. Diese Gefühle sind nicht zu unterschätzen und können durch Nachfragen und Verständnis zumindest Beachtung finden. Daher wäre es wichtig, dass medizinische Fachpersonen den Menschen immer nach dem bio-psycho-sozialen Modell betrachten. Offenbar ist aber das bio-psycho-soziale Modell noch nicht bei allen Ärzten und Fachpersonen integriert und die Wichtigkeit wird immer noch häufig unterschätzt, denn kein\*e Interviewpartner\*in wurde nach der psychosozialen Situation befragt. Da die Betroffenen durch ihre Einschränkungen häufig gezwungen werden, ihr Leben ein Stück weit anzupassen, wäre eine Betrachtungsweise wie sie z. B. Thiersch mit dem «gelingenden Alltag» anstrebt wünschenswert. Die zweite Interviewpartnerin beschreibt z. B. dass sie weniger weit und weniger intensiv joggt, aber trotzdem ihrem Hobby nachgehen kann. Auch der erste Interviewpartner sucht nach neuen sportlichen Aktivitäten und findet Alternativen, die ihn ebenso erfreuen wie die ursprüngliche Leidenschaft. Allerdings muss hier festgehalten werden, dass nicht jede\*r diese Leistung der Umorientierung selbständig schafft. Es gibt Menschen, die in diesem Bereich von Unterstützung profitieren könnten, weil die individuelle Ausstattung an Ressourcen und Kompetenzen nicht ausreicht (ebd., S. 30-31). Die Soziale Arbeit könnte ihre Adressat\*innen befähigen, zu einem gelingenden Alltag zu gelangen indem sie Hilfe zur Selbsthilfe anbietet und neue Möglichkeiten kennenlernen lässt (Marti, 2019, S. 1-2). Das Handlungsmaxim der Prävention (ebd., S. 11) könnte z. B. auf den Bereich der sozialen Isolation angewendet werden. Die Soziale Arbeit soll eingreifen, bevor Betroffene mit chronischen Schmerzen ins Abseits geraten und sozial isoliert werden. Die Interviewpartner\*innen haben in diesem Zusammenhang mehrfach die Wichtigkeit des

Austausches beschrieben. Je nachdem, ob jemand ein soziales Umfeld hat oder nicht ist es hier wichtig einzugreifen. Ein weiterer Aspekt ist die Tatsache, dass auch Angehörige unter den Schmerzen ihrer Liebsten leiden können. Das Umfeld einer Person mit chronischen Schmerzen kann also in diesen herausfordernden Situationen ebenso Unterstützung brauchen. Es kann sich so weit entwickeln, dass Betroffene ihre Gefühle und Gedanken nicht mit ihren Angehörigen teilen möchten, weil sie Angst davor haben, sie zu sehr zu belasten.

Wenn es gelingt, die geeignete Unterstützung anzubieten, können Menschen mit chronischen Schmerzen trotz der Schwere ihrer Erkrankung Teilhabe erleben und handlungsfähig bleiben. Diese Handlungsfähigkeit wird bei Böhnisch als sehr wichtig bewertet, weil sie einen Teil der Lebensbewältigung beschreibt. Menschen können durch kritische Lebensereignisse Hilflosigkeit erleben und müssen die Möglichkeit erhalten z. B. durch Gespräche ihre Handlungsfähigkeit zurückzugewinnen. Wenn die physisch-psychischen und sozialen Ressourcen nicht ausreichen, um eine Krise zu überwinden, braucht es soziale Anerkennung, und das Gefühl von Wirksamkeit, welches zu einem gestärkten Selbstwert führt, um wieder handlungsfähig zu werden (Keller, 2019, S. 1-2). Böhnisch sieht die Grundkomponente gelingender Bewältigung in der «Chance der Thematisierung, des Aussprechen- und Mitteilens innerer Hilflosigkeit und Ohnmacht» (Böhnisch, 2016, S. 11). Gefühle wie Hilflosigkeit und Ohnmacht wurden in den Interviews ebenfalls genannt und die Aussage von Böhnisch könnte mit dem Wunsch nach Austausch und Gesprächen bei den Betroffenen bekräftigt werden.

Zusammenfassend kann die folgende Aufgabe für die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit aus dem Kapitel 2.3 aufgenommen werden.

- Erkrankung stellt Herausforderungen: Soziale Arbeit soll den Wandel begleiten, Zieldefinitionen (subjektive Zukunftsvisionen) ermöglichen und die Alltagsbewältigung sicherstellen.

Genau diese Punkte wurden vorgängig abgebildet und erläutert. Es gilt zu beachten, dass diese Unterstützung durch die Soziale Arbeit nicht für jede\*n Betroffene\*n den gleichen Stellenwert einnimmt. Es gibt Menschen mit chronischen Schmerzen, die sehr viele Ressourcen aufweisen und somit die Bewältigung dieser Herausforderungen allein meistern können. Es gibt aber sicherlich ebenso viele Betroffene, die Unterstützung gerne annehmen würden.

Im anschliessenden Kapitel wird auf die wichtigen Handlungskonzepte in Bezug zur Arbeit mit Menschen mit chronischen Schmerzen eingegangen.

## 6.2 Handlungskonzepte

Es gibt drei Handlungskonzepte der Sozialpädagogik, die Menschen mit chronischen Schmerzen unterstützen könnten. Es sind dies Partizipation, Empowerment und Case Management. Diese Konzepte können zentral in der Problembearbeitung sein und werden in diesem Kapitel genauer beleuchtet.

Die Partizipation beschreibt kurz Teilhabe (Debiel, 2009, S. 360-361) und kann im Bereich von chronischen Schmerzen folgendermassen gesehen werden. Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, sollen an ihrer Lebenswirklichkeit beteiligt sein und selbstbestimmt handeln können. Ärzte dürfen nicht über ihren Kopf hinweg entscheiden, Arbeitgeber sollten sie in ihre Entscheidungen miteinbeziehen und es soll Raum geschaffen werden, damit die Betroffenen ihre Selbsthilfepotenziale entdecken und nutzen können. Dazu gehört, dass die Schmerzen der Betroffenen ernst genommen und als real bewertet werden. In den Interviews war dies eine Aussage, die mehrfach genannt wurde. «Meine Schmerzen sind real» - der Ausdruck dessen zeigt, dass Menschen mit chronischen Schmerzen häufig Erfahrungen machen, die sie verunsichern oder sogar in eine Krise stürzen können, wenn die Schmerzen, die für sie omnipräsent und sehr unangenehm sind, nicht für wahr gehalten werden.

Aufgabe der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit kann sein, Menschen mit chronischen Schmerzen so zu unterstützen, dass sie trotz der Grenzen, die ihre Erkrankung ergeben, neue Wege und Alternativen finden und ihren Umgang mit den Einschränkungen verbessern, also Partizipation unter neuen Umständen (wieder-) erlangen können.

Ein weiteres Handlungskonzept ist das Empowerment (Buchkremer, 2009, S. 363-369). Im Zusammenhang mit chronischen Schmerzen kommt es zu Gefühlen wie Hilflosigkeit und Ohnmacht oder auch Minderwertigkeit. Diese Gefühle werden z. B. durch die Hilfebedürftigkeit beim Tragen von schweren Gegenständen oder auch dem «Ausgeliefertsein» bei einer Schmerzattacke ausgelöst. Eine weitere Schwierigkeit ist, dass Betroffenen mit chronischen Schmerzen vorgeworfen wird, dass sie nicht genug gegen ihre

Beschwerden unternehmen. Ein langer Diagnoseprozess, gut gemeinte Ratschläge und das Weiterleiten an verschiedene Fachpersonen des Vertrauens sind Beispiele, die veranschaulichen, dass Menschen mit chronischen Schmerzen, dem durch ihr Umfeld ausgesetzt werden. Alle Interviewpartner\*innen haben über derartige Erfahrungen berichtet. Nun geht es darum, Menschen mit chronischen Schmerzen zu unterstützen, damit sie negative Gefühle überwinden können und befähigt werden, wieder selbstbestimmt über die Umstände des eigenen Lebens zu bestimmen. Sie sollen also angeregt werden Lösungen für ihre Problemlage zu finden, die für sie stimmig sind und nicht zu stark durch das Umfeld beeinflusst wurden. Was für die eine Person der richtige Weg ist, muss für eine andere nicht zielführend sein. Die Interviewpartner\*innen haben berichtet, dass sie ihr Selbstvertrauen stärken konnten, weil sie einerseits ihren Körper und ihre Schmerzen besser kennengelernt haben und andererseits selbst aktiv wurden im Umgang mit ihren Schmerzen. Diese Aussagen unterstützen das Konzept des Empowerments und zeigen die möglichen positiven Effekte eines gelungenen Empowerments.

Als letztes Handlungskonzept wird das Case Management mit chronischen Schmerzen in Verbindung gebracht. Dabei unterstützt eine persönliche Ansprechperson die Klientel im Prozess mit unterschiedlichen Instanzen (Wisser, 2009, S. 369-373). Menschen mit chronischen Schmerzen müssen sich in einem Dschungel von Hilfsangeboten, verschiedenen Fachärzten, Therapieangeboten und ihrem Alltag mit Familie und Arbeit zurechtfinden. Dies ist eine grosse Herausforderung und in Anbetracht dessen, dass die Menschen Schmerzen haben und sich unwohl fühlen noch schwieriger zu meistern. Mit den anhaltenden Schmerzen kann sich auch Unsicherheit entwickeln, denn häufig sind es mehrere Faktoren, die verändert werden müssen, um die Schmerzen beeinflussen zu können. Es braucht eine Begleitung durch Fachpersonen, die Licht ins Dunkle bringen, Vorschläge unterbreiten und Möglichkeiten aufzeigen. Die Entscheidung soll immer bei den Betroffenen liegen, aber die Informationen dürfen durchaus weitergegeben werden, um Unterstützung anzubieten. Dies wird vor allem durch die zweite Interviewpartnerin beschrieben. Sie hätte sich eine Beratungsstelle gewünscht, eine Hilfsperson, bei der alle Fäden zusammenkommen. Und auch die Interviewpartnerin 3 äusserte, dass sie eine Person, die die Koordination ihrer Behandlung übernehmen könnte, sehr begrüssen würde.

Im folgenden Kapitel wird nun auf mögliche Methoden eingegangen, die innerhalb der Handlungskonzepte Anwendung finden. Dabei werden die psychosoziale Beratung und das Coaching wegen der inhaltlichen Nähe im gleichen Kapitel behandelt, bevor auf die Netzwerkarbeit als interdisziplinäre Zusammenarbeit eingegangen wird. Die Projektentwicklung, welche im Theorieteil beschrieben wurde, wird hier nicht berücksichtigt.

### **6.3 Methode der psychosozialen Beratung und des Coachings**

Eine Art Beratung wird von zwei Interviewpartnerinnen als positiv bewertet und gewünscht. Exemplarisch wird hier auf ein Konzept der Salutogenese, nämlich den «Sense for Coherence» (SFC), eingegangen (Meier Magistretti et al., 2019, S. 119). In den Augen der Autorin kann dieses Konzept gut in die Praxis übertragen werden. Zum Beispiel kann in der Beratung die Lebenswelt der Klientel verstehbar, handhabbar und sinnhaft gemacht werden. Dies nach den Grundsätzen des Sense of Coherence (SOC), der ein durchdringendes, überdauerndes und dennoch dynamisches Gefühl des Vertrauens beschreibt (Lindström & Eriksson, 2019, S. 38-39). Dieses Vertrauen kann das Bewältigen von Anforderungen massgeblich beeinflussen und wird durch drei Inhalte gegeben (Antonovsky, 1993, S. 12):

- Anforderungen sind strukturiert, vorhersehbar und erklärbar (Verstehbarkeit)
- Ressourcen sind vorhanden (Handhabbarkeit)
- Anforderungen sind Herausforderungen, die Engagement verdienen (Sinnhaftigkeit)

Hier kann Bezug auf eine Aussage aus dem ersten Interview genommen werden, indem Worte wie «nicht kontrollieren» und «nicht steuern» genannt wurden. Dies zeigt eine Hauptproblematik für Menschen mit chronischen Schmerzen. Fast alle leiden unter einem Kontrollverlust, den sie aufgrund ihrer Krankheit erleben und akzeptieren müssen. Die Beratung kann also dahingehend gestaltet werden, dass die Klientel die Herausforderungen, welchen sie ausgesetzt ist, mit Hilfe des Beraters/der Beraterin als verstehbar, handhabbar und sinnhaft erlebt und diese somit bewältigen kann (Meier Magistretti et al., 2019, S. 120/132-133). Die verschiedenen Aspekte, die es zu beachten gilt, sind in der untenstehenden Abbildung als Verknüpfung des SOC und des SFC aufgezeigt.



Abbildung 12: Verknüpfung von SOC und SFC für die Beratung von Klienten (Quelle: Eigene Darstellung in Anlehnung an Meier Magistretti, 2021, Folie 46)

Ein weiterer Aspekt in der Beratung könnte das gemeinsame Suchen nach Lösungen und Alternativen sein, die die Bewältigung ermöglichen. Der erste Interviewpartner beschreibt, dass er sportlich Alternativen suchen musste, weil er die ursprünglich gewählten Sportarten nicht mehr ausüben konnte. Auch die zweite Interviewpartnerin passt ihre sportlichen Aktivitäten an, indem sie die Distanzen ihrer Joggingstrecken verkürzt und mehr auf ihren Körper hört. Menschen mit chronischen Schmerzen sind häufig gezwungen neue Wege und Lösungen für sich selbst zu finden und müssen sich von Gewohntem verabschieden und loslassen. Diese Prozesse können durch eine Beratung unterstützt werden. Es braucht in schwierigen Momenten Hoffnung, welche durch Beratende ausgelöst werden kann und diese stärkt Betroffene auf ihrem Weg, die Schmerzen ein Stück weit zu akzeptieren und mit ihnen weiterzuleben.

Natürlich kann die Beratung auch auf andere Bereiche ausgeweitet werden. Zum Beispiel können eine Umschulung oder finanzielle Unterstützung Themen sein, die besprochen werden sollten.

Im Bereich Coaching wird noch mehr auf Themen wie Rollenfindung und -klärung, Entscheidungen für oder gegen Behandlungsmethoden und Management im Beruf und Alltag eingegangen (Schütte-Bäumner, 2021, S. 69). Es geht darum, die Lebensqualität und das Wohlbefinden durch verbesserte Selbstmanagementfähigkeiten zu steigern (Birgmeier et al., 2012, S. 33-34). Auch hier haben die Interviewpartner\*innen Beispiele genannt, indem sie z. B. beschreiben, dass sie nie gedacht hätten, dass sie wieder sagen können es gehe ihnen gut, obwohl sie Schmerzen haben. Dies klingt im ersten Moment nach einer Kleinigkeit, ist aber für Betroffene ein langer Prozess und ein grosser Schritt zu mehr Lebensqualität. Auch Unterstützung bei der Koordination von verschiedenen Hilfsangeboten oder der Entscheidung für oder gegen eine Dienstleistung kann durch ein Coaching positiv unterstützt werden. Viele Menschen mit chronischen Schmerzen fühlen sich mit der Menge an Informationen überfordert und können kaum filtern, welche Angaben für sie hilfreich oder sinnlos sind. Eine Person, die den Überblick behält und das weitere Vorgehen gemeinsam mit den Betroffenen bespricht, ist unterstützend.

Es geht in diesem Bereich nicht um medizinisches Fachwissen, sondern um die Fähigkeiten, verschiedene Dienstleistungen und Möglichkeiten aufzuzeigen und Wege und Lösungen zu skizzieren, die für die Betroffenen stimmig sind und sie in ihren Problemlagen unterstützen und begleiten. Sich nicht allein gelassen fühlen und eine persönliche Ansprechperson zu haben ist bereits ausreichend für mehr Sicherheit und somit das Gefühl, die Krise überwinden zu können.

Als weitere Methode wird im nächsten Kapitel auf die Netzwerkarbeit eingegangen und zusätzlich die interprofessionelle Zusammenarbeit vorgestellt.

## **6.4 Netzwerkarbeit – Interprofessionelle Zusammenarbeit**

Die Netzwerkarbeit wie sie im Kapitel 2.3 vorgestellt wurde, beschreibt die Zusammenarbeit von unterschiedlichen Akteuren zur Unterstützung (Schönig, 2016, S. 19) von Betroffenen mit chronischen Schmerzen. Es geht darum, das Wissen über die Versorgungsinfrastruktur im Sozialraum zu erwerben und falls nötig neue Angebote zu schaffen (Schütte-Bäumner, 2021, S. 70). Besonders hier wird deutlich, dass Nachholbedarf besteht. Keine\*r der

Interviewpartner\*innen kannte eine zentrale Stelle, die in diesem Bereich Unterstützung bieten würde. Sie waren immer selbst gefordert, sich Informationen z. B. im Internet zusammenzusuchen. Es fehlt also ein Angebot und die dazugehörige Netzwerkarbeit.

Ein Bereich, der an die Netzwerkarbeit anschliesst, ist die interprofessionelle Zusammenarbeit. Hier arbeiten Fachpersonen verschiedener Disziplinen zusammen, um die Problemlage der Adressat\*innen zu verändern. Eine Studie von Schouten (2022) mit dem Titel «Wichtig und dringend: Interprofessionelle Teamarbeit im ambulanten Setting» verdeutlicht, dass noch keine Vernetzung von Fachpersonen im ambulanten Setting stattgefunden hat (S. 34-42). Interprofessionelle Versorgungsstrukturen würden der Komplexität von Erkrankungen mit chronischen Schmerzen gerechter werden, weil die Behandlung dieser Krankheitsbilder das Wissen von verschiedenen Fachpersonen voraussetzt. Ein Arzt kann keine psychosoziale Beratung durchführen und eine Fachperson der Sozialen Arbeit kann keine medizinischen Untersuchungen anordnen. Die Aufgaben müssen klar aufgeteilt werden, damit die Betroffenen möglichst viel profitieren können. Es müssen ambulante, niedrigschwellige interprofessionelle Angebote geschaffen werden, um die Menschen mit chronischen Schmerzen optimal begleiten zu können, um ihnen so zu mehr Lebensqualität zu verhelfen (ebd., S. 41).

Im letzten Kapitel geht es um die Aufgaben und Kompetenzen, die sich ebenfalls mit den Anforderungen von Menschen mit chronischen Schmerzen beschäftigen.

## **6.5 Aufgaben und Kompetenzen**

Die Fähigkeiten einer Fachperson der Sozialen Arbeit lassen sich gut mit den Aufgaben im Bereich der Arbeit mit Menschen mit chronischen Schmerzen verknüpfen. Im Kapitel 2.5 wurden einige Fähigkeiten aufgezählt. Hervorzuheben sind vor allem «Präsenz, Aufmerksamkeit und Anteilnahme», «Auseinandersetzung mit den Situationen der Adressat\*innen» und «Entwicklung von Lösungen und Alternativen in schwierigen Situationen» (Schütte-Bäumner, 2021, S. 68). Die Interviewpartnerin 2 sagt im Interview, dass sie sich jemanden gewünscht hätte, um ihre Situation zu klären, da sie ihre Familie damit nicht belasten wollte. Zudem erwähnen zwei Interviewpartner\*innen, dass sie sich von den

medizinischen Fachpersonen nicht immer verstanden fühlten. Hier könnte eine Fachperson der Sozialen Arbeit einen wichtigen Beitrag leisten und die Betroffenen unterstützen. Es kann auch helfen, wenn eine externe Person Fortschritte aufzeigen kann, denn wenn man in einer stetigen Situation verhaftet ist, sind vor allem kleine Veränderungen schwierig zu erfassen. Diese Hoffnung auf Verbesserung zumindest aufkeimen zu lassen, kann die Betroffenen unterstützen und sie bestärken, ihren Weg weiterzugehen oder neue Wege zu suchen.

Das «zur-Seite-stehen», welches Schütte-Bäumer (2021) erwähnt (S. 70-71) entlastet Betroffene während Phasen von grosser Unsicherheit und Verzweiflung. Empathie und Verständnis können bereits sehr entlastend wirken, wie es der erste Interviewpartner beschreibt. Es geht also in erster Linie um das «gehört werden» und nicht um medizinische Beratung.

Um auf die spezifischen Kompetenzen einzugehen, die im Kapitel 2.6 aufgeführt wurden, soll hier das Beispiel der fallorientierten Arbeit aufgenommen werden. Der Mensch mit chronischen Schmerzen wird in seiner Umwelt gesehen und unterstützt. Dazu wird das bio-psycho-soziale Grundverständnis von Gesundheit und Krankheit genutzt und einbezogen. Die Gesundheitsdeterminanten haben Einfluss auf das Krankheitserleben der Betroffenen und es müssen alle Ebenen in der Zusammenarbeit beachtet werden. Die Folgen von chronischen Schmerzen wie sie z. B. die zweite Interviewpartnerin schildert, also Angst, Verzweiflung und die Hoffnungslosigkeit sind Gefühle, die eine Auseinandersetzung erfordern. Zudem sind Kompetenzen der Sozialen Arbeit im Bereich der sozialen Sicherung und Unterstützung wichtig. Die Arbeitsstelle zu verlieren, nicht mehr genügend finanzielle Mittel zu haben oder auch vom Umfeld ausgeschlossen zu werden, sind Befürchtungen von Betroffenen, die ernst genommen werden müssen und je nach Ausgangslage auch Gegenmassnahmen oder Unterstützung erfordern. Hier kann die Soziale Arbeit einen wichtigen Beitrag leisten, damit die Menschen mit chronischen Schmerzen nicht unnötigem Stress und Belastungen ausgesetzt werden und somit eine Verbesserung ihrer Situation erreicht wird.

## 7 Schlussfolgerungen für die Praxis

Im folgenden Kapitel soll die Arbeit durch einen Ausblick in die Zukunft abgeschlossen werden. In den Interviews wurde die Soziale Arbeit nicht als erlebte Unterstützung erwähnt. Dies verdeutlicht, dass das Arbeitsfeld der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit im ambulanten Bereich nicht abgedeckt ist. Auch die Erfahrung als Physiotherapeutin unterstützt diese These wie bereits in der Einleitung erwähnt wurde. Nun sind die Möglichkeiten des Theorie-Praxis-Transfers interessant und sollen einen möglichen Mehrwert für Betroffene von chronischen Schmerzen abbilden. Die folgende Fragestellung soll beantwortet werden:



Abbildung 13: Fragestellung zum Handlungs- und Gestaltungswissen (Quelle: eigene Darstellung)

Die Frage wurde bereits mit der Beantwortung der Forschungsfrage aufgegriffen oder angeschnitten. Auch das vorangegangene Kapitel hat einige Punkte aufgenommen. Im Weiteren wird der Handlungsbedarf geklärt und werden Möglichkeiten für die Umsetzung aufgezeigt.

### 7.1 Handlungsbedarf

Ein Handlungsbedarf ist aufgrund der geringen Anzahl an Interviewpartner\*innen nicht eindeutig. Allerdings zeigt sich die Tendenz, dass aufgrund der Komplexität der Thematik Fachpersonal von Nöten wäre, welches auftretende Problemlagen von Betroffenen unterstützend bearbeiten würde. Die Bedürfnisse sind sehr individuell und können die verschiedensten Kompetenzen der Sozialen Arbeit einbeziehen. Wie im vorangegangenen Kapitel aufgezeigt ist eine Verknüpfung der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit mit chronischen Schmerzen legitim. Im Kapitel über die Netzwerkarbeit und die

interprofessionelle Teamarbeit konnte gezeigt werden, dass eine Lücke besteht, die zumindest für einige von chronischen Schmerzen Betroffenen geschlossen werden sollte. Da die Interviewpartner\*innen keinen Kontakt zu Fachpersonen der Sozialen Arbeit angaben, liegt der Schluss nahe, dass dieser Bereich im Gesundheitswesen nicht erschlossen ist. Es wurde aber gezeigt, dass der Nutzen für Menschen mit chronischen Schmerzen vorhanden ist. Die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit verfolgt mehrere Handlungskonzepte und Methoden, die für Betroffene von chronischen Schmerzen nützlich sein könnten, um ihre Problemlagen zu verändern und bestenfalls verbessern zu können.

Ist der Handlungsbedarf gegeben, können in einem nächsten Schritt die Möglichkeiten einer Umsetzung eines Angebotes abgeklärt werden. Darauf wird im nächsten Kapitel kurz eingegangen.

## **7.2 Möglichkeiten der Umsetzung**

Wie erörtert besteht Handlungsbedarf für die Schaffung von Angeboten der gesundheitsbezogenen Sozialen Arbeit für Menschen mit chronischen Schmerzen. Da im Rahmen dieser Arbeit nicht auf die Finanzierung solcher Angebote eingegangen werden kann, bleibt hier vieles offen und müsste genauer erforscht werden. Tatsache ist, dass im Bereich von stationären Angeboten die Soziale Arbeit bereits Teil eines interprofessionellen Teams ist und daher hier eine Ansatzmöglichkeit bestehen würde, um dieses Angebot auf ambulante Settings auszuweiten. Zusätzlich müsste das Angebot bei medizinischen Fachleuten bekannt gemacht werden, damit Betroffene, die davon profitieren könnten und bereits früh von diesen Angeboten erfahren. Es muss dafür gesorgt werden, dass die Hürden möglichst klein gehalten und der Zugang möglichst unkompliziert sind, also niederschwellige Angebote geschaffen werden.

Die Zusammenarbeit mit Hausärzt\*innen oder Physiotherapeut\*innen wäre in den Augen der Autorin ein guter Ansatzpunkt, da diese häufig Menschen mit chronischen Schmerzen behandeln und durch länger dauernde Behandlung einen Einblick in das Leben und die möglichen Problemlagen der Betroffenen erhalten.

### 7.3 Grenzen und Ausblick

Ein Aspekt, welcher in dieser Arbeit keine Beachtung findet, ist die finanzielle Situation bzw. Möglichkeiten für die Abrechnung von Leistungen der Sozialen Arbeit im ambulanten Bereich. Hier müsste Forschung betrieben werden, um die Frage nach möglichen Einsparungen durch ein Angebot von Sozialer Arbeit im ambulanten Bereich für Menschen mit chronischen Schmerzen beantworten zu können und so den Einsatz zu legitimieren.

Es soll auch auf die Grenzen dieser Forschungsarbeit hingewiesen werden. Die drei Interviews, welche geführt wurden, geben zu wenig Anhaltspunkte für eine klare Aussage über z. B. angezeigtes Vorgehen. Da die Befragten unterschiedliche Diagnosen im Bereich von chronischen Schmerzen hatten, sind die Aussagen keinesfalls repräsentativ aber doch von qualitativem Wert. Hier müsste in viel grösserem Umfang geforscht werden, um allgemeingültige Aussagen machen zu können. Ein zusätzlicher Punkt, der Beachtung finden sollte, ist die Tatsache, dass die drei Interviewpartner\*innen alle höhere Schulabschlüsse vorzuweisen haben.

Ein weiterer spannender Punkt wäre die Ausweitung der Fragestellung auf die Sicht von Fachpersonen. Hier könnten zusätzliche Blickwinkel gewonnen werden, die für die optimale Behandlung unbedingt hinzugezogen werden sollten.

Trotz der Einschränkungen und weiteren Forschungsmöglichkeiten kann nach dem Verfassen dieser Arbeit, die zu Beginn aufgestellte Hypothese der Autorin, bekräftigt werden. Menschen mit chronischen Schmerzen können von einer Begleitung durch die gesundheitsbezogene Soziale Arbeit sicherlich profitieren und vor allem die Fähigkeiten im Bereich Beratung und Netzwerkarbeit können gewinnbringend für Betroffene eingesetzt werden. Unterstützungsleistungen im Bereich Schmerzmanagement können von Fachpersonen der Sozialen Arbeit übernommen und somit Betroffene von chronischen Schmerzen in ihrer Lebenswelt unterstützt werden. Mit einer gelingenden Unterstützung verbessert sich die Lebensqualität der Betroffenen und die Schmerzen bestimmen den Alltag weniger. Zielführend kann sein, dass die Betroffenen eine verbesserte Gesundheitskompetenz erlangen. Es kann sogar weiter gedacht werden im Sinne einer Gesundheitsförderung und einer präventiven Wirkung, sofern die Betroffenen früher Unterstützung erhalten. Nach

jahrelangen Schmerzerfahrungen ist eine Veränderung der Situation schwieriger und die Problemlagen der Betroffenen haben sich meist multipliziert.

## 8 Literaturverzeichnis

Aeppli, Jürg, Gasser, Luciano, Gutzwiller, Eveline & Tettenborn, Annette (2016). *Empirisches wissenschaftliches Arbeiten. Ein Studienbuch für die Bildungswissenschaften* (4., durchgesehene Aufl.). Klinkhardt.

Antonovsky, Aaron (1993). Gesundheitsforschung versus Krankheitsforschung. In Alexa Franke & Michael Broda (Hrsg.), *Psychosomatische Gesundheit. Versuch einer Abkehr vom Pathogenese-Konzept* (S. 3–14). Dgvt-Verlag.

AvenirSocial (2014). Die IFSW/IASSW Definition der Sozialen Arbeit von 2014.  
<https://www.ifsww.org/wp-content/uploads/2019/07/definitive-deutschsprachige-Fassung-IFSWW-Definition-mit-Kommentar-1.pdf>

AvenirSocial (Hrsg.). (2010). *Berufskodex Soziale Arbeit Schweiz. Ein Argumentarium für die Praxis der Professionellen* [Broschüre]. Autor.

Beller, Sieghard (2008). *Empirisch forschen lernen. Konzepte, Methoden, Fallbeispiele, Tipps*. (2., überarb. Aufl.). Huber.

Birgmeier, Bernd, Loebbert, Michael & Wegener, Robert (2012). Das Zusammenspiel von Coaching und Sozialer Arbeit. Vorschläge für ein Konzept eines sozialpädagogischen Coachings. *SozialAktuell – Die Fachzeitschrift für Soziale Arbeit* (5), 32-34.

Böhnisch, Lothar (2016). Der Weg zum sozialpädagogischen und sozialisationstheoretischen Konzept der Lebensbewältigung. In John Litau, Andreas Walther, Annegret Warth & Sophia Wey (Hrsg.), *Theorie und Forschung zur Lebensbewältigung. Methodologische Vergewisserungen und empirische Befunde* (S. 18-38). Beltz Juventa.

Breivik, Harald, Collett, Beverly, Ventafridda, Vittorio, Cohen, Rob & Gallacher, Derek (2006). Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. *European Journal of Pain*, 10 (4), 287-333. 10.1016/j.ejpain.2005.06.009

Bucher, Michael (2017). *Krankheit, Syndrom. Chronisches Schmerzsyndrom*.  
<https://www.pschyrembel.de/Chronisches%20Schmerzsyndrom/K0KGN/doc/>

- Buchkremer, Hansjosef (Hrsg.). (2009). *Handbuch Sozialpädagogik. Ein Leitfaden in der Sozialen Arbeit* (3., vollständig überarb. Aufl.). WBG Wissen verbindet.
- Butler, David & Moseley, Lorimer (2016). *Schmerzen verstehen* (3. Aufl.). Springer
- Cohen, Steven, Vase, Lene & Hooten, William (2021). Chronic pain: an update on burden, best practices, and new advances. *The Lancet*, (397), 2082-2097.
- Debiel, Stefanie (2009). Handlungskonzept Partizipation. In Hansjosef Buchkremer (Hrsg.), *Handbuch Sozialpädagogik. Ein Leitfaden in der Sozialen Arbeit* (3., vollständig überarb. Aufl.) (S. 360-363). WBG Wissen verbindet.
- Dettmers, Stephan (2021). Spezifische Kompetenzen gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In Stephan Dettmers & Jeannette Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 18-27). Reinhardt.
- Dresing, Thorsten & Pehl, Thorsten (2015). *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende* (6. Aufl.). dr. dresing & pehl GmbH.
- Egan Moog, Martina (2018). Ein Plädoyer für chronische Schmerzpatienten. *Der Schmerzpatient*, 1 (3), 112-122. 10.1055/a-0579-2101
- Flick, Uwe (2009). *Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung* (2. Aufl.). Rowohlt.
- Flor, Herta, Lautenbacher, Stefan & Kunz, Miriam (2021). *Neuropsychologie des chronischen Schmerzes*. Hogrefe. 10.1026/02246-000
- Gabriel-Schärer, Pia & Meier Magistretti, Claudia (2019). Salutogenese und Soziale Arbeit – Gemeinsamkeiten und Lernfelder. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenese kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 221-232). Hogrefe.
- Gallati, Sibylle (2008). *Wenn der Schmerz nicht nachlässt... Ein Praxisfeld für die Soziale Arbeit?* [Diplomarbeit Sozialarbeit, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit].

- Hermon, Ellen-Rachel & Kreis Corinne (2021). *Chronisch nicht-maligne Schmerzen und ihre Auswirkungen auf die Lebensqualität*. [Bachelorarbeit Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften - Gesundheit].
- Husi, Gregor & Villiger Simone (2012). *Sozialarbeit, Sozialpädagogik, soziokulturelle Animation: Forschungsergebnisse und theoretische Reflexionen zur Differenzierung Sozialer Arbeit*. Interact.
- Keller, Susanne (2019). Lebensbewältigung als Streben nach Handlungsfähigkeit. *Virtuelle Akademie*. <https://virtuelleakademie.ch/good-practice-beispiele/theorielinien/lebensbewaeltigung-als-streben-nach-handlungsfahigkeit/>
- Klemperer, David (2020). *Sozialmedizin – Public Health – Gesundheitswissenschaften. Lehrbuch für Gesundheits- und Sozialberufe* (4., überarb. und erweiterte Aufl.). Hogrefe. 10.1024/86016-000
- Koesling, Dominik, Kieselbach, Kristin & Bozzaro, Claudia (2019). Chronischer Schmerz und Gesellschaft. Soziologische Analyse einer komplexen Verschränkung. *Der Schmerz*, 33 (3), 220-225. 10.1007/s00482-019-0361-7
- Kühne, Klaus (2008). Soziale Arbeit in der Schweiz. In Dieter Kreft & Ingrid Mielenz (Hrsg.), *Wörterbuch Soziale Arbeit. Aufgaben, Praxisfelder und Methoden der Sozialarbeit und Sozialpädagogik* (6., überarb. u. aktual. Aufl., S. 795-802). Juventa.
- Lindström, Bengt & Eriksson Monica (2019). Von der Anatomie der Gesundheit zur Architektur des Lebens – Salutogene Wege der Gesundheitsförderung. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenes kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 25-107). Hogrefe.
- Luomajoki, Hannu (2007). Schmerzen verstehen und behandeln. Wenn der Schmerz im Vordergrund steht. *Physiopraxis*, (2), II-V.
- Magerl, Walter (2022). Noziplastischer Schmerz. *Schmerz.Therapie*, 5 (1), 9-17. 10.1055/a-1708-4241

- Maier, Christoph, Diener, Hans-Christoph & Bingel, Ulrike (Hrsg.), *Schmerzmedizin. Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien* (5. Aufl.). Elsevier.
- Marti, Barbara (2019). Lebensweltorientierte Soziale Arbeit. *Virtuelle Akademie*.  
<https://virtuelleakademie.ch/good-practice-beispiele/theorielinien/lebensweltorientierte-soziale-arbeit/>
- Maurer, Konrad (2020). Chronische Schmerzen als eigenständige Krankheit neu im ICD-11. *Schweizerische Ärzteztg*, 101 (3334), 977-978. 10.4414/saez.2020.19123
- Mayring, Philipp (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung* (5., überarb. und neu ausgestattete Aufl.). Beltz.
- Meier Magistretti, Claudia (2021). *Salutogenese: Konzepte und Praxis eines Paradigmenwechsels*. Unveröffentlichte Unterrichtspräsentation. Hochschule Luzern – Soziale Arbeit.
- Meier Magistretti, Claudia, Topalidou, Anastasia & Meinecke, Franziska (2019). Sense FOR Coherence – der Sinn FÜR Kohärenz: Annäherungen an ein mögliches Konzept. In Claudia Meier Magistretti (Hrsg.), *Salutogenes kennen und verstehen. Konzept, Stellenwert, Forschung und praktische Anwendung* (S. 119-135). Hogrefe.
- Miglar, Sara & Gsell, Ariane (2020). *Psychosoziale Auswirkungen von Fibromyalgie. Dominierende Schmerzen am ganzen Körper verstehen*. [Bachelorarbeit Pflege, Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften - Gesundheit].
- Mühlum, Albert (2001). *Sozialarbeit und Sozialpädagogik. Ein Vergleich*. (3., überarb. u. aktual. Aufl.). Eigenverlag des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge
- Neuro Orthopaedic Institute (2020). *Explain Pain. Schmerzen verstehen*. Unveröffentlichtes Unterrichtsskript. Autor.
- Pauls, Helmut (2021). Vorwort. In Stephan Dettmers & Jeannette Bischof (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 11-12). Reinhardt.
- Pschyrembel Redaktion (2016a). *Terminologie, historische Fachbegriffe und Arzneimittel. Chronisch*. <https://www.pschyrembel.de/chronisch/K04XA/doc/>

Pschyrembel Redaktion (2016b). *Grundlagenfächer der Medizin. Schmerz.*

<https://www.pschyrembel.de/schmerz/KOKGH/doc/>

Runge, Nils & Löscher, Sebastian (2021). Noziplastischer Schmerz. *Physiopraxis*, (10), 22-27.

Sabatowski, Rainer (2017). In Maier, Christoph, Diener, Hans-Christoph & Bingel, Ulrike (Hrsg.), *Schmerzmedizin. Interdisziplinäre Diagnose- und Behandlungsstrategien* (5. Aufl.) (S. 381-390). Elsevier.

Schönig, Werner (Hrsg.). (2016). *Netzwerkorientierung in der Sozialen Arbeit. Theorie, Forschung, Praxis*. (1. Aufl.). Kohlhammer.

Schouten, Leonie (2022). Wichtig und dringend: Interprofessionelle Teamarbeit im ambulanten Setting. *Schmerz.Therapie*, 5 (1), 34-42. 10.1055/a-1664-0515

Schreiber, Roland (2020). *Dem Schmerz die Stirn bieten. Das ganze Spektrum an Behandlungsmöglichkeiten*. Beobachter-Edition.

Schütte-Bäumner, Christian (2021). Handlungswissen und Methodenkompetenz gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In Stephan Dettmers & Jeannette Bischkopf (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 65-72). Reinhardt.

Socialnet (2022). *Grundlagentext Empowerment. Einführung*.

<https://www.empowerment.de/grundlagen-einfuehrung/>

Sommerfeld, Peter (2021). Integration und Lebensführung – Theorie gesundheitsbezogener Sozialer Arbeit. In Stephan Dettmers & Jeannette Bischkopf (Hrsg.), *Handbuch gesundheitsbezogene Soziale Arbeit* (S. 28-38). Reinhardt.

Ulrich, Sarah & Humbel, Sarah (2011). Sozialarbeit in der Schmerzmedizin. Beitrag zur Klinischen Sozialarbeit in der interdisziplinären Behandlung von Schmerzpatienten und Schmerzpatientinnen. [Bachelorarbeit Sozialarbeit, Hochschule Luzern – Soziale Arbeit].

Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (1986). *Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung* (Christel Hildebrandt & Ilona Kickbusch, Übers.). Autor. (engl. *Ottawa Charter for Health Promotion*, 1986).

Weltgesundheitsorganisation [WHO]. (2005). Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. [Deutsche Fassung]  
<https://tinyurl.com/y4d9cwrw>

Wisser, Wibke (2009). Handlungskonzept Case Management. In Hansjosef Buchkremer (Hrsg.), *Handbuch Sozialpädagogik. Ein Leitfaden in der Sozialen Arbeit* (3., vollständig überarb. Aufl.) (S. 369-373). WBG Wissen verbindet.

## 9 Anhang

### A. Gesprächsleitfaden für Interview

#### **Gesprächsleitfaden "Sozialpädagogik und Menschen mit chronischen Schmerzen"**

Befragung von ausgewählten Personen mit chronischen Schmerzen, die in der Physiotherapiepraxis Move in Olten zur Therapie kommen.

Angaben zur Person (werden anonym behandelt):

Name		Vorname	
Alter		Geschlecht	
Beruf (%)		Bildung	
Familienstand			

#### **Einleitung**

##### *Begrüssung und Dank*

Wie Sie bereits von mir erfahren haben, möchte ich heute mit Ihnen ein Interview führen. Wir haben dazu eine Stunde Zeit. Wenn wir vorher fertig sind, ist das ebenfalls kein Problem. Es interessiert mich besonders, wie sie im Verlauf ihrer Erkrankung unterstützt wurden, welche Informationen Sie von wem erhalten haben und wie die Wünsche nach Unterstützung aussehen würden.

Ich möchte Ihnen noch einmal versichern, dass sämtliche Informationen von Ihnen vertraulich behandelt werden. Sie werden so ausgewertet, dass keine Rückschlüsse auf ihre Person gemacht werden können. Ich werde das Interview aufzeichnen (doppelt) und mir allenfalls während des Interviews Notizen machen, wenn ich es als sinnvoll erachte.

## Kernfrage 1: Schmerz- und Krankheitsverständnis

---

Sie haben die Diagnose "chronische Schmerzen" erhalten.

- Wie erklären Sie jemandem ihre Krankheit (1)?**

Stützfragen:

- Wie reagiert ihr **Gegenüber** auf ihre Erklärungen (2)?
- Wie **gehen** Sie allgemein mit Ihren Schmerzen **um** (3)?
- Wie sind ihre **Erfahrungen** mit ihren Schmerzen (4)? Können Sie sie beeinflussen? (positiv/negativ)
- Wie wurden Sie über Ihre Krankheit **informiert** (z. B. vom Arzt) (5)? Wer hat Ihnen gute Informationen geliefert?
- Haben Sie sich mit ihren Schmerzen **auseinandergesetzt** (6)? Wenn ja wie? (Literatur, Selbsthilfegruppen, Internet, Fachpersonen, Filme/Dok...)
- Wie sehen Ihre **nächsten Schritte** in Bezug auf Ihre Schmerzen/Krankheit aus (7)?

## Kernfrage 2: Erlebte Unterstützung

---

Ich möchte erfahren welche Unterstützung sie erlebt haben. Wir steigen mit der folgenden Frage ein:

- Welche Unterstützung haben Sie in Bezug auf Ihre Schmerzen bekommen (8)?**

Stützfragen:

- Nachfragen in Bezug auf verschiedene **Bereiche**: Arzt, Therapeuten, soziales Umfeld (Partner, Verwandte, Freunde), andere (9)?
- Welche Unterstützung hat Ihnen **geholfen** (10)? Welche nicht (vielleicht warum nicht --> Hypothese)?
- Weshalb** nutzen Sie Unterstützungsangebote (11)? Warum nutzen Sie ein Unterstützungsangebot nicht? (Gründe pro/kontra)
- Wie fühlen Sie sich in Bezug auf Ihre Schmerzen (12)? (**Hilflosigkeit oder Ohnmacht**)

### Kernfrage 3: Wünsche nach Unterstützung

---

Beim nächsten Themenbereich möchte ich wissen wie ihre Wünsche in Bezug auf Unterstützung aussehen. Dabei versuche ich etwas konkreter auch auf die Angebote der Sozialpädagogik einzugehen.

- Ich möchte von Ihnen wissen, ob Sie mehr Unterstützung in Bezug auf Ihre Schmerzen gebraucht hätten (13)?**

Stützfragen:

- Hätten Sie sich **mehr Unterstützung gewünscht** (14)? Wenn ja, Unterstützung in welcher Form, wann (Zeitpunkt/Zeitraumen) und von wem?
- Wissen Sie wo Sie nach Unterstützung **fragen** könnten (15)? Wo Sie sich informieren könnten? Und wenn ja woher wissen Sie wo Sie sich informieren könnten?
- Wäre eine **persönliche Ansprechperson** für Sie hilfreich (16)? Wenn ja: was würden Sie konkret mit dieser Person besprechen wollen?
- Würden Sie Unterstützung in Form von **Betreuung oder Begleitung** in Anspruch nehmen (17)? Haben Sie konkrete Vorstellungen wie diese Unterstützung aussehen könnte?
- Würden Sie eine **Beratung** in Form eines Gesprächs als Unterstützung in Anspruch nehmen (18)? Was würden Sie davon halten, wenn jemand mit Ihnen gemeinsam eine Analyse Ihrer Situation macht (IST-Zustand; Diagnose, nicht medizinisch), dann Ziele mit Ihnen gemeinsam festlegt (SOLL-Zustand) und dann eine Begleitung für die Zielerreichung sicherstellt (IST zu SOLL)?
- Was für **andere Abklärungen** (nicht medizinisch) wurden im Rahmen ihrer Diagnose gemacht (19)? Z. B. eine psychologische Beratung oder eine Sozialberatung (z. B. für die Abklärung der finanziellen Situation)
- Was würden Sie dazu brauchen, damit sich Ihre **Situation positiv verändern** könnte (20)?

#### **Kernfrage 4: Persönliche Veränderungen durch die Schmerzen/Krankheit**

---

Nachdem wir über Ihre Wünsche gesprochen haben, würde mich nun interessieren, wie Sie die Veränderungen Ihrer Persönlichkeit durch die Schmerzen einschätzen. Diese Antworten könnten mir zusätzliche Informationen und Ideen für Unterstützungsmöglichkeiten geben.

- Daher möchte ich zuerst wissen, ob Sie sich persönlich durch die Schmerzen verändert haben (21)?**
  
- Wenn ja, **wie** (22)?
- Wurde Ihre **Handlungsfähigkeit** (z. B. im Alltag) durch die Schmerzen eingeschränkt (23)? Wenn ja, wie?
- Wie bewältigen Sie ihren Alltag (24)? Wie sieht eine ideale **Alltagsbewältigung** aus? Was fehlt für eine ideale Alltagsbewältigung?
- Haben Ihre Schmerzen einen Einfluss auf Ihr **gesellschaftliches Handeln** (z. B. in Bezug auf Engagement in der Freizeit, Beruf/Job) (25)? Wenn ja, in welchem Rahmen?
- Hat sich ihr **Bedürfnis nach Anerkennung** durch Ihr soziales Umfeld verändert (26)? Wenn ja, wie?
- Hat sich ihr **Selbstbewusstsein** (Selbstwert) verändert (27)? (Selbstwirksamkeitserwartung/Selbstvertrauen) Wenn ja, wie?
- Wurden Sie durch Ihre Schmerzen **ausgeschlossen oder anders behandelt** (28)? (Stigmatisierung) In welchem Setting? Können Sie eine Situation schildern?
- Konnten Sie **Entscheidungen** immer **selbst** treffen (29)? Oder wurde über Sie hinweg entschieden (Fremdbestimmung)? In welchen Situationen?

### **Kernfrage 5: Zukunftsvision**

---

Zum Abschluss des Interviews würde ich gerne einen Blick in die Glaskugel wagen, das heisst in die Zukunft schauen.

- Wenn Sie die Möglichkeit hätten die Betreuung und Behandlung bei Schmerzen optimal zu planen: was wären die wichtigsten Eckpfeiler aus Ihrer Expertensicht (30)?**

Stützfragen:

- Was wäre **wichtig für Menschen**, die an chronischen Schmerzen leiden (31)?

Wir sind am Ende des Interviews angelangt. Gibt es noch etwas was Sie mir in Bezug auf Ihre Situation sagen möchten?

Ich bedanke mich recht herzlich für Ihre Zeit und Offenheit mir gegenüber. Ich freue mich Ihre Angaben auszuwerten und die Arbeit zu verfassen.

*Verabschiedung*

## B Tabellen mit Transkriptausschnitten

Interview 1	
<b>Schmerz- und Krankheitsverständnis</b>	relevante Textstellen
verstehen und beschreiben	Diese Krankheit befällt meine Gelenke, ist eine Autoimmunerkrankheit (1/1)
	wenn diese Schmerzen dann auftreten dann sind diese gezielt auf gewissen Gelenken (1/1)
	dann intensiv kurzzeitig schmerzhaft anfühlen (1/1)
	diese Schmerzperiode kann wenige Tage dauern und dann schwächt es sie wieder ab (1/1)
	Dank auch den Medikamenten das pendelt sich dann so ein bisschen ein über Wochen und Monate. (1/1)
Umgang/Erfahrungen	ich eigentlich nicht kontrollieren kann, direkt nicht steuern kann (1/1)
	Gute ist dass ich zurzeit diese Krankheit im Griff habe (1/1)
	In Regel mit viel Empathie (1/1)
	Es wird oft auch nachgefragt wie sich diese Schmerzen dann wirklich genau anfühlen wie genau das sich verläuft in der Regel wird das immer sehr sehr offen und empathisch entgegengenommen also nicht entweder Erwartung das geht ja wieder vorbei, war nie davon die Rede (1/1)
	bisschen überrascht von den Schmerzen und dann ist Stillstand ich kann nicht weiter arbeiten gewisse Dinge verfolgen dann heißt es wirkliche Gelenke kühlen und vielen viel Medikamente nehmen und dann abwarten (1/1)
	die schmerzerscheinung glaub ich ja (beeinflussen können) (1/2)
	wie wie schnell diese diese Schmerzattacken wieder kommen ja das kann ich herauszögern (beeinflussen können) (1/2)
	Mountainbike geht jetzt einfach nicht mehr und mich damit abzufinden war für eine kurze Zeit ein bisschen schwierig (1/3)
Informationen erhalten	nach der Diagnose kam ich in Kontakt mit der Bechterew, mit der Stiftung, hab mich da auch gleich angemeldet da kommen sehr viele kommen sehr viele Informationen saisonal zum Beispiel Wintersport, also der Verband ist doch ziemlich stark aktiv so erhalte ich sehr viele Informationen ohne irgendwelche wilden Internet Beiträge lesen zu müssen ohne Quellen. Also das ist, die Informationen die ich will die kriege ich sehr präzise. (1/2)
	wie ich mich informiere ich habe von Sabrina ,Physiotherapeutin (1/3)
	sie in ihrem Umfeld auch Leute mit dem mit der Krankheit kennt da sehr viele Informationen kriegen auch wie sich die Krankheit verlaufen kann nicht muss aber ganz verschiedene Muster gibt (1/3)
	in meinem privaten Umfeld haben mich meine Freunde vermittelt mit Bekannten die ebenfalls die Krankheit haben und hab mich da ausgetauscht wie sie damit umgehen mit der Frage von Physiotherapie und Sport aber auch Ernährung zum Beispiel wie man das möglichst gut in den Griff bekommen kann. (1/3)
Informationen gesucht	wie ich mich informieren wie ich damit umgehe akut war das eine kurze Zeit ein bisschen schwierig (1/3)
Nächste Schritte	
Diagnosestellung	ich hatte sehr Glück bei der Diagnose (1/2)
	die Schmerzen die dann sehr akut für diese Krankheit gesprochen haben kamen schlagartig auf das war nicht wie im Fall vom Bechterew eine Geschichte von Jahren sondern da kam rasant etwas auf mich zu mit Schmerzen (1/2)
	Diagnosemitteln innerhalb von einem Monat konnte Diagnose festgestellt werden (1/2)
	wenn man das jetzt vergleicht mit anderen Fällen was Jahre dauert bis die Diagnose hat, hab ich da sehr Glück gehabt. (1/2)
	Informationsfluß da war sehr sehr gut (1/2)

<b>Erlebte Unterstützung</b>	
Erhaltene Unterstützung	ärztliche Unterstützung, diese ich auf eine Art fast selbstverständlich an, die ist einfach gekommen (1/3)
	Das hat immer funktioniert und ich hatte auch kaum lange Wartezeiten zum Beispiel also das ging einfach wie ich das auch erwartet habe (1/3)
	allergrößte Unterstützung welche auch zum Erfolg führt ist Physiotherapie ausnahmslos die stetige Unterstützung von Sabrina (1/3) im Privaten auf jeden Fall meine Partnerin (1/4)
Hilfreiche Unterstützung	zu den besten Effekten geführt wenn es dann wieder ein bisschen mit BWS Syndrom was mich damit begleitet sie den Rücken lösen konnte dann hat das immer auch einen Effekt, einen guten auf die auf die Gelenke wo sich diese Entzündungen befinden. (1/3-4) stetige Unterstützung die Gespräche und auch die Motivation (1/4)
Sinnlose Unterstützung	unter Schmerzen zu entscheiden ist extrem schwierig und ich hatte da immer Unterstützung von meiner Partnerin und von den Ärzten und die haben mir die nötigen konservativen Empfehlungen oder Beratung gegeben die man in der Spätsituation nicht gerne hören will aber zu hören bekommt. (1/6) da hab ich kein Erlebnis (1/4)
Annahme der Unterstützung	
Ablehnung der Unterstützung	
Gefühle in Bezug auf Schmerzen	wenn ich wirklich in diesen Attacken bin dann bin ich völlig bloßgestellt und diese diese diese Schmerzschübe da kann ich einfach nichts dagegen unternehmen kurzfristig und da bin ich völlig ausgesetzt (1/5)
Unterstützung, die noch nicht genutzt wurde	Bechterew Sportgruppen überall auch hier in der Region besonders gut verteilt also das Angebot ist sehr groß das habe ich aber noch nicht genutzt (1/4)
Auswirkungen auf Angehörige	was auch viel abverlangt hat sie hat auch ein bisschen darunter gelitten unter meinen Schmerzen (Angehörige) (1/4)
<b>Wünsche nach Unterstützung</b>	
Wunsch nach mehr Unterstützung	ich glaube da ich sehr viel Glück hatte wie erwähnt kann ich mir das kaum vorstellen mehr Unterstützung in Anspruch zu nehmen oder zu verlangen (1/5) also wenn ich mir was wünsche dann dann für andere Patienten dass es da auch so schnell gehen (1/5) wurde gleich reagiert, also innerhalb von den ersten Symptomen bis zur Diagnose waren es keine 3 Monate und ich hab von vielen Fällen gehört wo es 2,3 Jahre dauert also wenn ich mir was wünschen kann das es für alle so schnell geht wie bei mir (1/5) invasive Therapien (1/6) Bei Ernährungsthemen ist es, man weiß man kann sehr viel steuern aber es gibt sehr wenig belegbare Studien zudem ist kann es sich sehr unterschiedlich auf die Person hat es auch natürlich sehr unterschiedliche Systeme haben wie man sich gegen diese Krankheit oder besser ernähren kann heißt es einfach probieren und bei der Ernährung geht es auch nicht 2 Tage bis man Effekte sehen kann. wenn es da mehr Studien gäbe wäre natürlich schön. ich habe auch mit der Ernährungsberatung gesprochen es gibt kein Rezept in dem Fall es gibt ein Rezept für Diabetiker oder andere rheumatische Erkrankungen aber nicht für Bechterew. Das gibt es nicht. dann heißt es einfach ein viertel Jahr etwas zu probieren nicht so einfach (1/6)
Orte der Unterstützung	Arzt unter Schmerzen zu entscheiden ist extrem schwierig und ich hatte da immer Unterstützung von meiner Partnerin und von den Ärzten und die haben mir die nötigen konservativen Empfehlungen oder Beratung gegeben die man in der Spätsituation nicht gerne hören will aber zu hören bekommt. (1/6) wenn es um Schmerzen geht dann direkt beim Rheumatologen oder bei schmerzerscheinungen immer zuerst gehe ich auf die Therapeutin zu und wenn sie dann wirklich sehr stark mich einschränken dann gleich zur Rheumatologie. (1/7) Seminare für Informationen und Behandlungsmöglichkeiten vor allem im Bereich von wie sagt man dem Immunsuppressiva (1/7) Da wollte ich mich eigentlich vor Ort informieren wenn das denn eintreffen würde was das dann für einen Einfluss auf meine Lebensqualität hätte (1/8)
Persönliche Ansprechperson	also so wie ein Götti, ich wüsste es nicht weil ich diesen direkten Kontakt nicht gesucht habe weil alles andere sehr gut funktioniert hat ich kann mir aber vorstellen dass die so etwas also eine direkte Ansprechpersonen, Beratungspersonen, Personal haben, wüsste ich aber gerade nicht. (1/7)
Begleitung	Und auf eine sehr gut also sehr empathische Art und da kann ich mir auch nicht mehr wünschen wie das. (1/6)
Beratung	bei sonstigen Fragen die nicht direkt mit den Schmerzen zu tun haben ist der Bechterew-Verband eine sehr gute Anlaufstelle (1/7)
	eher zurückhaltend aber nur schon die Option zu haben gibt ein gutes Gefühl das Angebot ist auch sehr vielfältig weil einige Dinge wollte ich probieren und aus terminlichen Gründen ging das nicht aber ich bin vielleicht auch nicht gerade die Person die gleich überall Dienste beansprucht aber zu wissen dass es sie gibt, gibt schon mal ein gutes Gefühl (1/7)

Abklärungen/Fragen nach psychosozialen Faktoren	die musste ich bis jetzt nicht in Anspruch nehmen da ich nicht stark körperlich arbeite in meinem Bürojob. (1/8) Der Verband macht aber auch immer Reportagen über Leute, die umschulen mussten und ihre Unterstützung bekommen haben. mit ihrem Magazin da werden diese viele Menschen abgebildet was sehr informativ ist also ich wüßte auch das da Alternativen gibt, falls ich diese in Anspruch nehmen müsste ist aber bei mir nicht eingetroffen (1/8)
Fehlende Faktoren für positive Veränderungen	die Möglichkeit immer in die Physiotherapie zu gehen gibt auch eine gewisse Sicherheit Hin und her mit der Krankenkasse und da bin ich auch froh, dass sich Sabrina so gut darum kümmert, solange, das hilft sicher einfach fürs Gewissen, dass ich dieses Angebot nutzen kann aber sonst wüsste ich nichts. (1/8)
Positive Faktoren Möglichkeiten	ich hab den Folgetermine. ich war nie jetzt warten wir mal ab. diesen Moment gab es nicht (1/5) Seminare für Informationen und Behandlungsmöglichkeiten vor allem im Bereich von wie sagt man dem Immunsuppressiva (1/7)
<b>Persönliche Veränderungen durch Schmerzen</b>	
Persönliche Veränderung	ich glaube Einfluss direkt auf den Charakter hat es nicht (1/9) wenn dann hat es gewisse Empathiefähigkeiten gestärkt für andere (1/9) die bisschen mehr Verständnis zu haben und Geduld haben (1/9) eine Charakterveränderung glaub ich hat nicht stattgefunden (1/9)
Handlungsfähigkeit	Sofern die Schmerzattacken nicht wirklich da sind nicht, wenn so ein Schub kommt dann kann ich dann bin ich einfach körperlich eingeschränkt und brauch ein bisschen Zeit zur Erholung und kann mich sportlich nicht mehr bestätigen. Also mal ja mal nein. Aber es hat nicht grundlegende Folgen. (1/9)
Alltagsbewältigung	Wirklich nicht so viele (1/9)  aber das mit dem Mountainbike hat mich getroffen weil es doch ein, viel Leidenschaft dahintersteckt. ich hab dann aber nach ein paar Wochen gemerkt dass ich das nicht so dramatisch sehen sollte weil mit Substitution kann man alles erreichen jetzt habe ich anstatt viel Mountainbike gibt es ein anderes Rad mit dem man Strassenrad. (1/9)  Man findet neue Begeisterung. man gibt etwas auf und das ist emotional schwierig aber sobald man das mit etwas anderem ersetzen kann ist das gleich wieder ich kann damit sehr gut umgehen. (1/9)
Gesellschaftliches Handeln	Im Job sehr wenig ich muss jetzt glaube insgesamt war ich 2 Tage krankgeschrieben seit Diagnose 2 oder 3 Tage (1/9) Wechsel der Sportart ein bisschen und ich weiß dass ich gewisse Sportarten gar nicht mehr in Angriff nehmen kann das ist mir auch bewusst was vielleicht nicht gerade motivierend ist aber wie vorher erwähnt, man findet immer etwas anderes, eine Alternative. (1/10)
Bedürfnis nach Anerkennung	
Selbstbewusstsein	ich glaube schon ein bisschen. vielleicht kommt das auch mit dem Alter ein bisschen, ich glaube dass man nicht mehr so völlig unversehrt leben kann. (1/10) nicht komplette Veränderung ja, mehr Realisationen (1/10) schon positiv, weniger naiv (1/10)
Ausschluss	Gar nicht, wenn dann hab ich mich selber eingeschränkt, also zum beispiel beim bouldern habe ich mich selbst ausgeschlossen weil ich wusste dass das macht jetzt einfach keinen Sinn (1/10) aber von außen wurde ich also diesen Moment gab es nie (1/10)
Selbst-/Fremdbestimmung	die Möglichkeit hatte ich immer (1/10) aber wie beim Beispiel mit cortisonspritze da hätte ich selber entscheiden können die haben gesagt, die Ärzte haben gesagt wir können das machen, kein Problem, ich muss einfach ja sagen. (1/10) aber das hatte auch mit der ganzen Beratung zu tun aber es wurde nie über mich hinweg entschieden (1/10)
<b>Zukunftsvision</b>	
Eckpfeiler für Menschen mit chronischen Schmerzen	schnelle Diagnose wissen was es ist (1/11) das öffnet eigentlich alle Türen um damit umzugehen (1/11)  das Angebot der Physiotherapie in meinem Fall ist essentiell wenn es nicht begleitet ist durch einen Therapeuten oder eine Therapeutin (1/11) die Möglichkeit in Gruppen oder bis ein anderes Sportangebot zu haben (1/11) da ist es sehr wichtig ein bisschen gefördert und motiviert zu werden daher auch ein sehr starkes soziales Umfeld hilft auf jeden Fall (1/11) nicht ein großes Umfeld aber ein verlässliches Umfeld (1/11) meiner Partnerin die sofort unterstützen (1/11)  nachfragen das ist eigentlich auch noch sehr spannend. Es gibt Freunde, die wirklich regelmäßig nachfragen wie ist der Stand wo geht es hin einfach man weiss man hat jemanden der den es interessiert. Aber man kann auch darüber sprechen, den Austausch hilft auch sehr (1/11)

Frage nach Ansprechperson, wenn kein soziales Umfeld	ich würde dringendst empfehlen (1/11) auch wenn man in eine Phase reinkommt wo man sich selbst bemitleidet und nicht weiß wie man weitermachen soll dann zu 100%. (1/11)
Hilft im Umgang mit Schmerzen	und das auch weitergeben zu können (1/12) es gibt auch sehr viel wenn man weiß jetzt kann man auch zurückgeben oder anderen Leuten weiterhelfen sicher das hilft mir auf jeden Fall, man ist irgendwie eine bisschen relevanter in dem Bereich jetzt, man kann mitreden, jemandem helfen und die Hilfe die man angibt ist ja überhaupt nicht medizinisch, ist einfach den Rücken freihalten und ein bisschen unterstützen (1/12)
Realisation	ich hab gerade wieder gemerkt dass wie wie wie gut es mir in dieser Situation geht wo ich jetzt bin. Schnelle Diagnose, sehr gute Behandlungsmöglichkeit. (1/12) wenn man darüber spricht das hilft schon sehr viel, man realisiert auch sehr viel. Dialog ist sehr wichtig Austausch ist wichtig. Aber auch gehört zu werden. (1/12) wenn ich andere Geschichten höre über Diagnosen, die lange aufstehend sind, das tut mir unglaublich leid. (1/12) meine Freundin ist Ergotherapeutin und die hat auch Schmerzpatienten wo man jahrelang nicht weiß was es ist und in dieser Schwerelosigkeit zu sein stelle ich mir grauenhaft vor. (1/12) Ich bin da sehr froh wo ich bin, eben nicht nur die Unterstützung aber auch das Schmerzmanagement ist bei mir sehr gut und wenigen Anfällen im Jahr. (1/12)

Interview 2	
<b>Schmerz- und Krankheitsverständnis</b> verstehen und beschreiben	relevante Textstellen die chronische Schmerzen gehen ja von von den Facettengelenkarthosen aus (2/1) also die die mich kennen und das miterlebt haben die Krise, die fragen natürlich ist alles gut und dann sage ich immer ich habe meine Schmerzen im Griff mit Therapie und Medikamenten (2/1) sie sind nie weg (2/1) sie sind immer präsent aber ich kann sie vergessen weil ich sie im Griff habe (2/1) da konnte ich nicht mal gehen (2/1) es begleitet mich wahrscheinlich jetzt bis zum Tod (2/1) ich bin ja am Anfang immer davon ausgegangen dass die Schmerzen vom Bandscheibenvorfall kommen weil ich habe 2 Bandscheibenvorfälle aber mir hat nie jemand gesagt dass die nicht die Schmerzen auslösen und jedes Mal wenn ich so einen Schmerzenschub hatte hab ich mich nicht mehr getraut zu bewegen weil ich gedacht habe ich verschlimmere es und als ich dann mal kapiert habe dass ich zwar 2 Bandscheibenvorfälle habe aber die keine Schmerzen machen sondern dass es von den Gelenken Her kommt und dass wenn ich einen starken Schmerz verspüre dann in die Bewegung gehen muss und eben nicht in die Versteifung und daher ging es dann gut. (2/3)
Umgang/Erfahrungen	sie sind immer präsent aber ich kann sie vergessen weil ich sie im Griff habe (2/1) sind sie froh dass es nicht mehr so ist (2/1) (Umfeld) Mitleid weil es nie mehr weggeht ja es begleitet mich wahrscheinlich jetzt bis zum Tod ja und das tut den Leuten leid natürlich, weil ich war ja sehr aktiv, ich bin Marathon gelaufen was jetzt nicht mehr möglich ist ja (2/1) (Umfeld) heute kann ich damit leben ich hab's wie für mich akzeptiert dass es so ist und ich mach das Beste daraus (2/1) vor einem Jahr stand ich ganz woanders also da ist wirklich etwas passiert in dem Jahr (2/1) Übungen mache dann hab ich schon das Gefühl dass ich es positiv beeinflusse (2/1) wenn ich mich daran halte keine schweren Gegenstände zu tragen (2/1) (Beeinflussung) wenn ich mich verleiten lasse und irgendwo mithelfe (2/1) (Beeinflussung) rein wie ich mich verhalte (2/2) ein Jahr lang eine Krise weil ich jedes Mal wenn ich Schmerzen hatte mir gedacht habe ich bilde mir das nur ein (2/2)
Informationen erhalten	also am Anfang war das für mich ganz schlecht (2/2) Begegnung im Spital hatte ich vor 2 Jahren als ich wirklich so starke Schmerzen hatte und die Assistenzärztin hat mir gesagt also eigentlich bild ich mir die Schmerzen nur ein weil ich steigere mich selber in die Schmerzen rein und die sind gar nicht real (2/2) Chiropraktiker war dann der Erste eigentlich der mich ernst genommen hat und gesagt hat jetzt klären wir das ab (2/2) wenn sie Schmerzen haben dann bewegen sie sich und dann weinen sie halt dabei aber das wird besser und so in den Schmerz bewegen das hab ich mir jetzt wirklich das ist jetzt meins. (2/7)

Informationen gesucht	3 stellen bis ich wirklich das Gefühl hatte jetzt hat mir jemand erklärt was ich wirklich habe (2/2) Also das war dann in Aarau zuerst war ich dann hier beim Chefarzt, dann in der Schultesklinik in Zürich da bin ich an einen Assistenten geraten geraten der hat mich überhaupt nicht ernst genommen und dann in einem zweiten bin ich noch nach Aarau in eine Privatklinik und der Arzt der war der erste der mich wirklich aufgeklärt hat und mir gesagt hat ja sie müssen damit leben aber sie müssen nicht mit solchen Schmerzen leben. Der hat mir dann weitergeholfen. (2/2)
	Internet ganz klar (2/2)
	Facebook gibt es verschiedene Gruppen (2/2)
	da hab ich mich durchgesucht (2/3)
	viel gelesen (2/3)
	die verschiedenen Diagnosen durchgelesen und hab versucht mich da irgendwie durchzusuchen (2/3)
	Chiropraktiker Kontakt gehabt (2/3)
	Person im Internet kennengelernt (2/3) (Austausch)
Nächste Schritte	wieder angefangen zu Joggen (2/3)
	einfach gemässigt (2/3)
	ich gestehe mir jetzt auch ein wenn ich merke es geht nicht dass ich dann halt laufe und nicht denke ich muss jetzt 40 Minuten durchjoggen (2/3)
	die Medikamente regelmäßig wirklich und lass die auch nicht aus und wenn ich am Morgen aufstehe und merke dass ich nicht so einen guten Tag habe dann nehme ich auch die Schmerzmittel ich bin wirklich im Moment auch soweit dass ich denke wenn ich sie brauche dann nehme ich sie (2/3-4)
Diagnosestellung	3 stellen bis ich wirklich das Gefühl hatte jetzt hat mir jemand erklärt was ich wirklich habe (2/2)
	nach Aarau in eine Privatklinik und der Arzt der war der erste der mich wirklich aufgeklärt hat und mir gesagt hat ja sie müssen damit leben aber sie müssen nicht mit solchen Schmerzen leben. Der hat mir dann weitergeholfen. das war auch der Erste der mit dann gesagt hat sie müssen unbedingt Physiotherapie machen, Sie müssen Rheuma-Medikamente nehmen und von dem Moment an gings Berg auf (2/2)
	Schlüsselerlebnis war wirklich als der Arzt mir gesagt hat den Aarau sie haben sie müssen keine Angst haben vor der Bandscheibe da kann nichts passieren da sind keine Nerven dort ihr Problem sind die Gelenke die Facettengelenke die blockieren das ist der Schmerz (2/7)
<b>Erlebte Unterstützung</b>	
Erhaltene Unterstützung	nach Aarau in eine Privatklinik und der Arzt der war der erste der mich wirklich aufgeklärt hat und mir gesagt hat ja sie müssen damit leben aber sie müssen nicht mit solchen Schmerzen leben. Der hat mir dann weitergeholfen. das war auch der Erste der mit dann gesagt hat sie müssen unbedingt Physiotherapie machen, Sie müssen Rheuma-Medikamente nehmen und von dem Moment an gings Berg auf (2/2)
	Hausarzt (2/4)
	Er hat eigentlich alles das gemacht was ich wollte aber er selber konnte mir nicht helfen (2/4) (Hausarzt)
	jetzt auch also wir sind jetzt so verblieben ich gehe hole die Medikamente ab ich frag immer ob er mich wiedersehen muss oder ob er dann wenn es nicht schlimmer wird muss ich nicht gehen, ich gehe nur die Medikamente holen, das finde ich schon sehr angenehm, dass ich nicht jedes Mal einen Termin bei ihm machen muss (2/4)
	Chiropraktiker (2/4)
	Geschäft (2/5)
	haben sie wirklich gesagt ich soll einfach zu Hause bleiben die haben mir auch alles abgenommen wenn ich etwas irgend ich konnte (2/5)
	ich durfte dann auch ohne weiteres zu Hause bleiben, das war absolut kein Problem wir haben dann Sitzungen per Internet gemacht (2/5)
	meine Familie hat mich sehr unterstützt (2/5)
	die Nachbarn auch ja eigentlich das Umfeld war sehr unterstützend (2/5)
Hilfreiche Unterstützung	Chiropraktiker das war eigentlich der erste der wirklich gesagt hat also der hat zweimal behandelt und es wurde nicht besser und dann hat er gesagt jetzt klären wir das ab also der hat wirklich sofort reagiert muss ich sagen da war aber auch gesagt ich muss jetzt nicht mehr zu ihm kommen weil er mir nicht weiterhelfen kann (2/4)
	Arzt in der Klinik in Aarau, der dann einfach gesagt ja das ist so wir können, also wir könnten man kann schon operieren aber das ist viel zu riskant würde er abraten und das finde ich schon das hat mir sehr geholfen. Zu wissen ok operativ kann man nichts machen aber mit Verhalten und mit Medikamenten kann man es beeinflussen. (2/4)
	meine Familie hat mich sehr unterstützt (2/5)
	die Nachbarn auch ja eigentlich das Umfeld war sehr unterstützend (2/5)

Sinnlose Unterstützung	Schmerzmittel verschrieben hat auch notfallmäßig Cortison gespritzt hat was dann aber nichts gebracht hat (2/4) (Hausarzt) Infiltration aber wirklich gesagt das hat nichts aber auch gar nichts gebracht und dann der Arzt wirklich gesagt ja wir brauchen eine zweite Wir machen eine dritte wir versuchen einfach und als es dann nichts gebracht hat hatte ich das Gefühl dann hat er einfach gesagt dann wissen wir auch nicht weiter (2/5) Das war schon gar nicht hilfreich also weil ich kann ja auch nichts dafür, dass die spritzen nichts wirken (2/5) Da hatte ich jetzt wirklich das Gefühl die hatten einen Therapieplan, der hat nichts genützt, dann lassen wir die. So bin ich mir vorgekommen (2/5)
Annahme der Unterstützung	ich war verzweifelt ich war ganz klar verzweifelt und ich hatte wahnsinnig Angst das das es in chronische Schmerzen übergeht was es ja jetzt auch ist aber ich hatte Angst dass es in dieser Intensität bleibt von dem hatte ich wahnsinnige Angst. dass ich nie mehr Sport machen kann. ja also von dem hatte ich jetzt wirklich richtig Angst. und deshalb ich hätte alles versucht, ich hätte alles versucht. ich ich hätte mich auch operieren lassen wenn sie gesagt hätten das bringt etwas hätt ich auch gemacht. (2/6)
Ablehnung der Unterstützung	
Gefühle in Bezug auf Schmerzen	also wirklich so so kann ich damit leben (2/6) da hab ich wirklich gedacht jetzt das kanns nicht sein das kanns wirklich nicht sein über Monate solche Schmerzen und es wird und wird nicht besser und irgendwie ist wie kein Ende Ende zu sehen ja da war ich wirklich verzweifelt ich hab sehr viel geweint weil ich wirklich verzweifelt war ich hab wirklich gedacht das wars jetzt so so bleibt es jetzt bis Ende Leben (2/6) von dem hatte ich Angst vorher ich hab ich hab mich nicht mehr getraut zu bewegen weil und dann hat es jedes Mal gezuckt und das hab ich jetzt im Griff (2/7)
<b>Wünsche nach Unterstützung</b>	
Wunsch nach mehr Unterstützung	ja ich hätte mir jetzt im Nachhinein hätte ich mir hätte ich mir sehr sehr gerne eine Beratung gewünscht und zwar nicht nicht medizinisch oder so aber irgendwo gibt es doch sicher ein Hilfsorganisation die mit Menschen, die chronische Schmerzen haben (2/7) da irgendwo eine Beratungsstelle gibt, eine Anlaufstelle so eine Adresse habe ich mir gewünscht (2/7) oder eine Selbsthilfegruppe (2/7) irgendeine Beratungsstelle, irgendjemand wo man hingehen kann und einfach die einem sagt ja sie sind nicht alleine wir kennen das Problem und das wieder also das hab ich mir schon gewünscht (2/7)
Orte der Unterstützung	Internet hast du natürlich dann schon eher die Leute denen es ganz schlecht geht (2/7) Nein, ich wüsste es wirklich nicht (2/8) Krankenkasse in den Sinn kommen, weil ich bin bei Helsana und die haben ja viele so Angebote das ist das einzige was ich mir jetzt noch vorstellen könnte im Nachhinein. (2/8) im Internet suchen (2/8) Pilateskurs angefangen, da hätte ich mir dann mehr so auch etwas erhofft so Austausch und so, aber das war dann gar nicht. (2/9) würde schon in eine Gruppe gehen, in eine Hilfsgruppe um die eigenen Erfahrungen oder auch jemandem Hoffnung zu ja das würde ich jetzt schon machen. (2/9)
Persönliche Ansprechperson	Ja (2/8) (persönliche Ansprechperson hilfreich?) ja ich hätte wahrscheinlich die Situation geschildert und meine Ängste, die ich hatte dass das dass die Schmerzen bleiben und ich mit dieser Angst leben muss dass ich jedes Mal wieder für ein paar Wochen ausfalle das war so meine große Angst (2/8) ja und dann auch auf das Familienleben und dann auf Freunde, Aktivitäten (2/8)
Begleitung	ja das hätte ich auf jeden Fall (2/9) (In Anspruchnahme von Angeboten zur Begleitung) wenn es jetzt wieder schlimmer würde wobei eben ich ich hab jetzt auch andere Möglichkeiten darauf zu reagieren weil ich ein anderes Wissen habe (2/9)
Beratung	
Abklärungen/Fragen nach psychosozialen Faktoren	Gar nichts nein nein ich ein MRI, ehm ja manuelle Untersuchungen, Röntgenbild, ja das wars dann. (2/9) Also es wurde weder nach der familiären Situation noch nach der privaten oder beruflichen. Gar nichts. (2/10)
Fehlende Faktoren für positive Veränderungen	ich bin immer noch auf der Suche also nicht auf der Suche ich muss das jetzt noch umsetzen. (2/10) ich muss die Rückenmuskulatur aufbauen (2/10)

Persönliche Veränderungen durch Schmerzen	
Persönliche Veränderung	ja ja ganz klar ja (2/10) ich bin vorsichtiger geworden ich hab früher gab es glaub nichts was ich nicht gemacht hätte also auch eben unvernünftige Sachen schwere Dinge tragen und so was ich bin ich überleg mir immer zuerst ich springe auch nicht mehr einfach spontan über die Straße sondern ich bringe bewußt dass ich ja nicht vertrete oder so also ich bin viel vorsichtiger geworden (2/10-11)
	Also wirklich bewusst auftreten, bewusst laufen, bewusst Absätze gehen also ich gehe nicht mehr unbewusst einen Absatz hinunter weil ich Angst habe dass ich einen Schlag bekomme ja also ich bin viel vorsichtiger als früher war nicht. (2/11)
Handlungsfähigkeit	ja alles was Gewicht zu tun hat mach ich nicht also kann ich auch nicht mehr weil ich nachher Schmerzen habe. (2/11) auch Einkauf nicht mehr (2/11)
Alltagsbewältigung	ich bin sehr aktiv ich reise gerne ich mach gerne Sport wir haben einen kleinen Hund und und so dass das nicht mehr möglich ist und das war schon die meinem Kopf also die Angst, das muss ich sagen das war sehr sehr zentral (2/8) den Sport anders also früher bin ich ohne weiteres am Abend rasch eine Stunde joggen gegangen (2/11) zwischendurch wenn ich merke oder wenn ich äh auf eine unebene Stelle komme werde ich langsamer oder gehe sogar einfach um sicher zu sein. Dass ich nicht irgendeinen Misstritt mache. (2/11) ja ich habe jetzt einen Tisch den ich hoch stellen kann. Früher sass ich einfach den ganzen morgen jetzt steh ich immer wieder mal (2/11) ich beweg mich auch immer jetzt wieder steh mal auf und mache ein paar Bewegungen das mach ich schon ja (2/11)
Gesellschaftliches Handeln	aber ich war jemand der immer sehr gerne mit angepackt hat eben wenn jemand gezügelt hat oder so und das ist jetzt halt schon nicht mehr aber mit dem kann ich wie leben jetzt das das ist für mich nicht die große Einbuße das ich heute sagen muss tut mir leid ich kann dir nicht helfen diese Kiste zu tragen, geht einfach nicht. (2/8)
	Das hätte ich mir nie vorstellen können, dass wir umziehen und ich muss zuschauen wie die schaffen, also hin und her tragen. das ist mir dann auch sehr sehr schwierig gefallen. also das hab ich fast nicht ausgehalten, dass muss ich sagen. Also die haben mich dann verbannt in die neue Wohnung weil wir hatten ein Haus zu räumen indem wir 27 Jahre mit den Kindern gewohnt haben und sind in eine neue Wohnung. Die haben gesagt jetzt gehst du in die neue Wohnung und räumst, wir stellen dir die Sachen hin und du machst für uns Z'vieri und Mittagessen und so. Weil ich konnte nicht zuschauen, dass war fast nicht möglich. Das fällt mir sehr schwer, das hab ich fast nicht ausgehalten. Ja. (2/12)
Bedürfnis nach Anerkennung	ich hatte mehr ein schlechtes Gewissen den anderen gegenüber weil die eine Kiste mehr getragen haben. (2/12) Also das ist weil ich bin vom Wesen her wirklich jemand der überall hilft das mach ich wahnsinnig gern ich unterstütze wahnsinnig gerne andere Leute und das macht mir etwas zu schaffen was ich nicht mehr bei allen helfen kann. (2/12)
Selbstbewusstsein	Also mein Selbstbewusstsein hat sich vor allem im Bezug auf die die Schmerzen verändert dass ich jetzt weiß ich muss nicht mehr also ich ich verfall nicht mehr gleich in eine Angst also in einen Angstzirkel dass ich Angst habe und dann wird es noch schlimmer und wie in einem Teufelskreis also da bin ich da hab ich jetzt wirklich ich weiß es kann nichts passieren, so das Bewusstsein haben und die Selbstsicherheit hey dein Körper schafft das also eigentlich weißt du das das geht es kann nichts kaputt gehen so das Bewusstsein das hab ich jetzt schon also vorher bin ich in eine Angst verfallen, wirklich ein angstzustand. ich ich weiß genau wie der Schmerz ist und als der kam habe ich zugemacht und ich hab nicht mal getraut den Fuß zu bewegen und je mehr ich mich verkrampft habe desto stärker wurden die Schmerzen. und das kann ich da jetzt recht gut durchbrechen. (2/13)
Ausschluss	nein aber ich habe gemerkt dass ich zum Beispiel in meiner Arbeit behindert war. (2/13) Wirklich da hab ich mich sehr behindert gefühlt in meiner Arbeit halt auch. ja ich bin auch jemand der viel zu den Lernenden geht und rasch was macht und das ging gar nicht mehr. (2/13)
Selbst-/Fremdbestimmung	in meinem Umfeld eigentlich nicht (2/14) Aber da in Olten da habe ich schon das Gefühl dass über mich hinweg entschieden haben (2/14) hat mich sehr verunsichert dann hat er gesagt ja ich mach etwas anderes und ich wusste gar nicht was der macht (2/14) also ich war nicht involviert in die Prozesse (2/14) ich ich will da nicht mehr hin ich föhl mich überhaupt nicht verstanden. (2/14)

<b>Zukunftsvision</b>	
Eckpfeiler für Menschen mit chronischen Schmerzen	also ich glaube ganz wichtig wäre dass die Menschen wissen die Schmerzen sind real. (2/15)
	Also es spielt ja gar keine Rolle woher die Schmerzen kommen aber die Schmerzen sind Realität und eh egal woher und dass man die Schmerzen behandeln kann also ich denke dass das war das also man kann die Schmerzen behandeln man muss nicht mit Schmerzen leben. (2/15)
	So das Wissen dass es kommt besser und es gibt irgendwas und man lernt mit diesen Schmerzen zu leben aber so dass eben ertragbar sind das war das was mir am meisten geholfen hat. (2/15)
	So auch ja etwas Hoffnung geben. Ich glaub das ist schon das. (2/15)
	und ich hätte auch nicht gedacht vor einem Jahr dass wenn ich Schmerzen habe dass ich trotzdem sagen kann es geht mir gut (2/15)
	also ich hatte am Anfang so die Illusion halt es ist es wird wie früher ach du willst keine Schmerzen und für mich war wie das nur das ist gut wenn ich keine Schmerzen mehr habe das war so in meinem Kopf und das zu akzeptieren doch es kann auch gut sein mit Schmerzen also das war ein Prozess und ähm und der war wichtig für mich zu akzeptieren ok du hast zwar Schmerzen aber so dass man damit leben kann und das dass ich sie auch mal vergessen kann. (2/15)
	aber ich muss auch keine Angst haben wenn ich mal eine vergesse dann ist es halt so dann vergesse ich mal eine. Was solls. Wegen dem geht die Welt nicht unter, ja. (2/16) (Medikamente regelmässig nehmen)
	aber ich glaube nicht dass mir das geholfen hätte wenn mir das jemand gesagt hätte weil dann hätte ich gesagt ja red du nur. also ich glaub man muss wie selber an den Punkt kommen. ich würde das nie in einer Beratung sagen Sie sie lernen wahrscheinlich mit dem Schmerz zu leben und sie werden den Schmerz irgendwann akzeptieren können ich glaub das wäre eher kontraproduktiv. weil das das da wäre ich wahrscheinlich aufgestanden und wieder gegangen also man muss wie selber zu diesem Punkt kommen. (2/16)
	in der Beratung ist es würde ich eher jemanden unterstützen und sagen ja ich verstehe dass sie Schmerzen haben und die Schmerzen sind Real für sie (2/16)
	aber jemand dort auf den Weg bringen und ich glaube das ist wirklich das und das dem zugestehen, ja Sie haben Schmerzen und das ist schlimm und das verstehe ich oder so. (2/16-17)
<b>Unterschied zu vor einem Jahr</b>	ich hatte für mich persönlich keine Perspektive (2/17)
	ich hatte sogar wirklich auch Momente wo ich gedacht habe also so möchte ich eigentlich gar nicht weiter leben. da bin ich ja nur für alle eine Belastung und für mich selber und so so so habe ich keine Freude mehr am Leben also das war wirklich Momente wo ich gedacht habe kanns das echt sein solls solls das wirklich sein (2/17)
	ganz ganz gute Freundin und der konnte ich das sagen also ich hätte das niemals meinem Mann oder meiner Familie gesagt nie ich hätte das nie jemandem gesagt ausser meiner Freundin. (2/17)
	mir so über diesen Prozess hinweggeholfen also ich hatte nicht konkrete Vorstellungen aber ich wusste so für mich so will ich nicht leben (2/17-18)
	also es macht nicht einfach nur mit mir ich kann auch reagieren oder agieren. (2/18)
	wirklich wenn man eine Person hat mit der man über alles sprechen kann ich glaube das ist schon das A und o das ist und ich glaube das muss wirklich nicht innerhalb der Familie sein ich hätte das nie mit meiner Familie so die Gedanken ausgetauscht weil ich so ein schlechtes Gewissen gehabt hätte (2/18)

Interview 3	
<b>Schmerz- und Krankheitsverständnis</b>	relevante Textstellen
verstehen und beschreiben	etwas das bekannt ist, Migräne, chronische Migräne. Kopfschmerzen kennt vermutlich jeder. da kann sich jeder darunter etwas vorstellen (3/1)
	Migräne ist für mich persönlich einfach etwas dass aggressiver schmerzt. Einen spezifischeren Schmerz. Stechender auf einen Bereich des Kopfes, eingeschränkter, und nicht einfach also wenn ich persönlich von Kopfschmerzen spreche dann meine ich den ganzen Kopf dann ist es einfach so ein Unwohlsein (3/1)
	ist ein Ort am Kopf das ist einfach ein schlimmer Schmerz und den kann ich nicht jemandem beschreiben, ich denke wenn man das nie hatte kann man sich das nicht vorstellen (3/1)
	Kopfschmerzen Migräne dieser Unterschied ist nicht wirklich klar (3/1)
	Obwohl ich diese Krankheit seit meiner Kindheit habe, habe ich es erst jetzt abklären lassen. Und jetzt ist es einfach so ein stiller Begleiter (3/2)

Umgang/Erfahrungen	<p>ich denke es wird absolut nicht ernst genommen (3/1)</p> <p>Es ist einfach so ja das hat ja eh jeder (3/1)</p> <p>Also ja ich denke dass die meisten gar kein Verständnis dafür haben. dass sie einfach denken jetzt tuts halt ein bisschen weh. Leb damit! (3/1)</p> <p>ich hab mich daran gewöhnt, so blöd es auch klingt. (3/2)</p> <p>hab mich dazu bewegen lassen wirklich zum Arzt zu gehen. Zum Neurologen das wirklich abklären zu lassen (3/2)</p> <p>ich vermehrt darauf achte was könnte ein Auslöser sein weil irgendwie ist so subjektiv jeder hat irgendetwas anderes was ein Auslöser sein könnte jeder gibt dir andere Ratschläge und jetzt muss man irgendwie einen Weg finden. (3/2)</p> <p>dann hab ich gemerkt ich sitz im Zug und reg mich auf, weil er nicht losfährt und ich komm so in den Stress, dass der Kopf schon anfängt zu stechen und ich merke, die Attacke beginnt und dann fasziniert mich das einerseits weil ich merke ich kann mich selber so stressen, dass ich eine Attacke auslösen kann und andererseits bin ich froh, dass ich es merke, weil ich es dann auch verhindern kann. (3/3-4)</p>
Informationen erhalten	<p>gut gemeinten Ratschläge wie trink doch ein bisschen Wasser. Geh mal raus. (3/2)</p> <p>Also von einer Fachperson eigentlich nicht würde ich sagen. (3/2)</p> <p>Ich denke ich habe viel selber zusammengereicht, zusammenrecherchiert (3/2)</p> <p>Gefragt, auch vielleicht meine Mutter hatte, als sie so alt war wie ich dieselbe Problematik wie ich, daher waren wir da auch immer etwas in der Diskussion und konnten etwas vergleichen (3/2-3)</p> <p>Und dann weiss man so, ok, es könnte das sein und dann reimt man sich das so zusammen (3/3)</p> <p>Irgendwann ist man an dem Punkt wo man zum Arzt geht und der bestätigt einem das. (3/3)</p> <p>also als ich aus der Sprechstunde gegangen bin... also sein Satz war: „ja probieren wir aus, schlimmer kanns ja nicht werden“. (3/3)</p>
Informationen gesucht	<p>Ernährung bei Migräne. Und das ist sehr so ein vages Thema man weiss nicht so genau, bei den einen zum Beispiel Rotwein. Und da hab ich schon immer gemerkt Rotwein krieg ich schon Kopfschmerzen/Migräne (3/3)</p>
Nächste Schritte	<p>ich denke es werden ganz viele so kleine Puzzleteile sein, die ich mir jetzt zusammensuchen werde und dann so den Weg finde einfach weniger Schmerzen zu haben. Und so dann damit umgehen zu können. (3/2)</p> <p>Also was ich mir vorgenommen habe ist, so vermehrt auf meinen Körper zu hören (3/3)</p> <p>kohlenhydratige Lebensmittel. Wenn ich einfach ein Teller Pasta esse bei meiner Grossmutter, sie kocht immer ein italienisches Mittagessen. Und da hau ich richtig rein. Da hab ich dann 100pro Migräne. Dann hab ich das so 3 Tage ausprobiert, und ich hatte es immer. Da hab ich gemerkt okay, ich muss vielleicht probieren die Kohlenhydrate mehr als Beilage und nicht als Hauptnahrungsmittel, vielleicht kann ich so die Ernährung ein bisschen, und dann kann ich so einen Stressfaktor für meinen Körper wegnehmen. (3/3)</p> <p>unterstützend halt Schulmedizinisch hab ich jetzt begonnen mit einer Migräneprophylaxe, mit Antiepileptika. (3/4)</p>
Diagnosestellung	<p>Obwohl ich diese Krankheit seit meiner Kindheit habe, habe ich es erst jetzt abklären lassen. (3/2)</p>
<b>Erlebte Unterstützung</b>	
Erhaltene Unterstützung	<p>in der engeren Familie, meine Mutter war immer sehr verständnisvoll, sicher weil sie selber früher auch darunter gelitten hat. Und immer noch darunter leidet. (3/5)</p> <p>Mein Bruder sicher Unverständnis. Aber das nehm ich ihm nicht übel, denn er kann ja nichts dafür wenn er nicht weiss was es ist. Aber früher als ich noch kleiner war dachte ich mir so ich brauch jetzt meine ruhe und er gibt dir einfach keine. (3/5)</p> <p>lange kein Hausarzt (3/5)</p> <p>Bei meiner Hausärztin, ja ich bin auch der Typ der nicht schnell zum Arzt geht aus diesen Gründen, weil ich denke ja da ist eh nichts. Und es ist doch peinlich wenn du gehst und es ist nichts. Dann denkst du bist ein Hypochonder, weiss doch auch nicht. (3/5)</p>
Hilfreiche Unterstützung	<p>Eh ja, doch aber da war ich positiv überrascht als ich ging, und die hat mich dann sehr ernst genommen. Und dann auch gleich gesagt, wenn, da haben wir etwas probiert mit Magnesium und wenn das nicht ginge, dann schickt sie mich gleich zum Neurologen, weil das nicht ihr Fachgebiet sei und man das ernst nehmen solle. (3/5)</p> <p>Ja. Ich hab jetzt so eine App. Da trag ich immer ein, wenn ich Migräne habe. Und letztens habe ich das erste Mal so eine Push-Benachrichtigung bekommen, so , 7 Tage Migräne-frei, so nach 3 Monaten. Ja! (3/6)</p>

Sinnlose Unterstützung	wenn jeder dir probiert sein Arzt des Vertrauens aufzubinden, irgendwie Osteopath, Zahnarzt, (3/6)
	in meinem Bekanntenkreis, da kommen so ganz viele alternative vielleicht auch so ein bisschen esotherische Vorschläge und für einige Dinge bin ich einfach gar nicht empfänglich und das wäre wirklich so Ultima Ratio ja, dann, möchte ich auch nicht unfreundlich sein. Weil die möchten dir ja helfen. Aber dann bin ich so ja...ich überlegs mir. (3/6-7)
	Aber ich habe nicht das Gefühl, dass ich so ein „Jammeri“ bi aber wenn mir dann jemand sagt, es nervt, oder irgendwie so es ist schon nervig, wenn du das immer sagst. Ich sag das ja nicht immer, aber ab diesem Punkt denk ich mir so, ja, dann sag ich halt gar nichts mehr. Und dann kommt so, ja aber das meinte ich jetzt auch nicht damit. So. Ja... (3/7)
Annahme der Unterstützung	
Ablehnung der Unterstützung	vielleicht bin ich auch nicht so der ich bin nicht der Typ, der auf Menschen zugeht und gerne von Schmerzen spricht und jemandem sagt, ich denke meine Freunde wissen das auch nicht. Also ich erzähl, also das weiss niemand eigentlich. (3/5)
	Weil ich irgendwie schon das Gefühl habe, das ist vielleicht schon ein Vorurteil von mir, sie werden es nicht verstehen, sie können es nicht verstehen. Und ich wäre nur enttäuscht deshalb. Ich ja, schlussendlich habe ich die schmerzen, und ich muss damit leben, ja. (3/5)
Gefühle in Bezug auf Schmerzen	Und da hab ich mich zum ersten Mal wirklich ernst genommen gefühlt und gedacht doch dieses Schmerzen sind real und das ist jetzt gut, ich bin auf dem richtigen Weg. (3/5)
	ja es hat vielleicht auch mir selber gut getan, mich selber dahin zu schicken, weil ich denke immer, nein geh nicht, es gibt immer jemand, dem geht's schlechter als du. Der hat schlimmere schmerzen, der braucht das mehr als du. Dir geht's ja gut, du hast gute schulische Leistungen erbracht, so schlimm kann es dir ja nicht gehen. Du musst nicht zum Arzt, aber als ich dann da war war das schon eine Last die von dir abfiel. Und da dacht ich doch, das war jetzt gut. (3/6)
	Und jetzt wenn ich so dran bin, kann ich es eigentlich so kaum erwarten, dass es endlich besser wird. Also jeder Tag, an dem ich jetzt Migräne habe, jeder Tag an dem es ein bisschen weniger schmerzt, ist ist schon besser. (3/6)
	. Ja...was kann ich jetzt dafür, irgendwie...Und ich hab auch wie das Gefühl es ist keine legitime Ausrede, weil ich hab diese Schmerzen schon lange, ich hab sie oft. Wenn ich z. B. ins Training muss, aber so Kopfschmerzen, also Migräne habe, ich sage nicht ab, weil ich das Gefühl habe es ist kein valider Grund, ich hatte ja schon 10x vorher Migräne und bin hingegangen. Wenn ich jetzt absage, das geht nicht, das würde niemand verstehen. Also ich denke schon was überlegen die anderen. Das ist so.(3/7)
	Also wenn ich merke dass es kommt, bin ich genervt. Und ich denke warum schon wieder, warum jetzt? Hilflos, nein in dem Sinne eigentlich nicht. Ja schon, aber... (3/7)
<b>Wünsche nach Unterstützung</b>	
Wunsch nach mehr Unterstützung	Nein ich denke nicht (3/8)
	Also ich denke wenn man mir in der Kindheit als die Schmerzen wirklich begonnen haben mich da ernster genommen hätte, mich da genauer untersucht hätte, das wäre sicher hilfreich gewesen. Aber eh..es ist ok wie es ist. Also, ich seh da keinen Schuldigen. (3/8)
	Das ist vielleicht noch etwas das ich mir wünsche. Ich meine die Nebenwirkungen sind auch etwas, also als ich den Beipackzettel gelesen habe, auch von dem Medikament jetzt, war meine erste Reaktion, also ich behalte lieber die Schmerzen als das zu nehmen. Also ja. (3/18) (mehr Aufklärung vom Arzt)
Orte der Unterstützung	Phasenplan aufgestellt. So wenn die die Tabletten nicht helfen, dann ist der nächste Schritt so ein bisschen, das klingt jetzt ein bisschen blöd, so alternativ, homöopathisch. Dann das ausprobieren und wenn das nicht hilft, gehe ich zum Osteopathen und wenn der Osteopath nicht hilft, dann, dann weiss ich noch nicht weiter, aber so. (3/9)
	Ja. Oder z. B. habe ich jetzt gemerkt, das Yoga das ich hier besuche hilft mir. Dass ich ein bisschen zur Ruhe komme, einfach dass ich weiss, dass ich an die Sachen anknüpfe, die mir geholfen haben. Oder dass ich die beibehalte, oder dass ich die vermehrt integriere. (3/9)
	Physiotherapeutin (3/9)
	Ja mein Freund hat recht Druck gemacht, eigentlich. Ehm. Meine Mutter eigentlich auch, sie meinte auch, es wäre doch sinnvoll, wenn ich endlich mal gehen würde (3/9-10)
	Ehm. Was, ich jetzt bin ich mir nicht mehr sicher, Ausdauersport ist auch irgendwie so etwas kontroverses, joggen, aber leicht, kann produktiv, oder kontraproduktiv sein. Da dachte ich so ja, ich hab jetzt die Erfahrung gemacht, wenn ich intensiv Sport treibe krieg ich immer einen Migräneanfall. Das ist so ja. Und sonst bei der Recherche so, wie heisst das, Homöopathie, ja, ehm (3/10) (Recherche)

Persönliche Ansprechperson	Das wäre echt gut! (3/11) (jemand der alle Aspekte im Auge behält, Inputs gibt usw.) Ja. Wie eben diesen Plan, den ich vorher erwähnt hatte, habe ich mir gemacht weil ich gemerkt habe, wenn ich alles auf einmal mache, weiss ich am Schluss nicht, was hat jetzt überhaupt geholfen. Z. B. Kaffee, ich weiss nicht, ist es der Trigger oder hilft es. (3/11)
Begleitung	ja. (3/11)
Beratung	
Abklärungen/Fragen nach psychosozialen Faktoren	Also, sozusagen, als ich beim Arzt war und sie mich dann weitergeschickt hätten. Nein. (3/12) Nein. Nicht einmal erwähnt. (3/12) Das einzige was gefragt wurde ist, „haben Sie viel Stress im Studium?“ Aber sonst...nichts. (3/12)
Fehlende Faktoren für positive Veränderungen	Weniger Stress. Aber ich denke da kann ich selber viel dran arbeiten. (3/12)
<b>Persönliche Veränderungen durch Schmerzen</b>	
Persönliche Veränderung	Ich wäre vielleicht ein wenig unbeschwerter (3/13) Und das drückt schon auf die Stimmungslage. (3/13) und denkt sich so ja, der Tag hätte besser starten können (3/13) leben mit angezogener Handbremse (3/13) Oder im ständigen Wissen, also das kann vielleicht auch ein Auslöser sein, das habe ich mir auch überlegt, wenn du weisst oder wenn du überlegst, ich hatte jetzt zwei Tage keine Migräne, vielleicht ist heute der Tag. (3/13) die Stimmung könnte irgendwie kippen. (3/14) Unsicherheit (3/14)
Handlungsfähigkeit	Und die hat geredet und geredet und oh, ich dachte so, oh. Ich konnte da gar nicht mehr richtig auf das Gespräch eingehen, aber ich musste ja irgendwie diese, ein Stück weit auch Fassade, aufrechterhalten. Ich konnte der ja nicht sagen, ja, ich habe Schmerzen ich möchte jetzt nicht sprechen. Es war ja meine Freundin, ich musste diese Freundschaft ja irgendwie, irgendwie auch eine verkorkste Ansicht, aber ja, und dann wenn ich nach Hause kam, ich hatte diese Schmerzen und musste mich noch verstellen und dieses Gespräch aufrechterhalten und mich bemühen, dass hat ja diese Schmerzen nur noch verschlimmert. Und als ich dann nach Hause kam, war einfach fertig. (3/14)
Alltagsbewältigung	Ich bemühe mich schon noch, aber vielleicht nicht mehr ganz so sehr. (3/14) Ja ich, in dem Sinne normal. Ich halte ihn aus. (3/15) Ja man fühlt sich schon, man schaut überall rum und denkt sich so ok, die sind jetzt sicher fitter im Kopf als ich. Ich bin irgendwie unkonzentriert, ich lese den Satz 3x und versteh ihn nicht, wenn ich wahrscheinlich keine Migräne hätte, wäre jetzt besser. (3/15) leichterer Alltag (3/15) Gesteh ich mir selten ein. Das ist das Problem. Aber gibt es. Und dann, ja kommt vor. Was aber eher häufiger vorkommt. Ich bin der Typ der immer, immer Musik hört beim Lernen. Und dann wenn ich Kopfschmerzen kriege muss ich die meistens einfach leiser machen oder ganz ausschalten. Und das ist dann irgendwie, normalerweise kann ich mich mit der Musik besser konzentrieren, wenn aber die Migräne kommt ist das wie zu viel. (3/15)
Gesellschaftliches Handeln	Also ich bin früher viel geritten, etwa 10 Jahre geritten, ich hab da aus anderen Gründen aufgehört, aber ich erinnere mich, dass diese Schläge, die es gibt, man federt die ja schon ein Stück weit ab, aber. Ich merke schon, wenn man mir auf den Kopf schlägt in dem Sinne, das geht gar nicht. Oder wenn ich einen Schlag in den Rücken bekomme, wenn ich vorne im Auto sitze und abrupt brems, dann, also das klingt jetzt sau blöd, aber da krieg ich gleich Kopfschmerzen, also solche Sachen. aber jetzt Tätigkeiten, wie Leiter sein, oder so nein... (3/16) Nein, also vielleicht so 20 schreiende Kinder bräuchte ich jetzt nicht. (3/16)
Bedürfnis nach Anerkennung	Aber ich glaube ich könnte nicht jemandem sagen, ich möchte jetzt nicht sprechen, ich habe Kopfschmerzen. Das würd. Ich hätte zuviel Angst vor der Reaktion, ich hätte Angst vor dem Unverständnis, dass die Leute denken ja was bringt die jetzt für eine dumme Ausrede. Oder die ist ja eh am lernen, so schlimm kann es...also ja. Dieselben Gedanken. (3/14-15) Ja wahrscheinlich. Ich meine wenn man einen gebrochenen Arm hat, das sieht jeder, was ist passiert. Bei mir ist nichts passiert, ich weiss nicht woher es kommt. Ich weiss nicht warum ich das habe. Also ja. Ein Stück weit ja, aber...es sind halt. Ich kann dir nicht beschreiben wie es sich anfühlt, wenn dir jemand sagt ich weiss genau was du hast. Nein wahrscheinlich nicht. Und ich möchte das nicht mit der Person vergleichen, weil ich weiss ja auch nicht wie sie sich fühlt wenn sie das hat. Aber sehr wahrscheinlich sprechen wir nicht vonselben. Und deshalb ist es so ja, ich erzähle lieber nichts, oder auch. Ich habe vielleicht auch nicht die richtigen Freunde um das mit, also ja, es gäbe sicher jemanden, es gibt sicher Leute denen ich das erzählen würde, aber die die ich jetzt im Kopf habe, eher nicht. (3/17)

Selbstbewusstsein	Also es fühlt sich schon gut an zu wissen, jetzt hab ich das so in die Hand genommen, und es kommt gut. Ich bin irgendwie auch stolz darauf dass ich das jetzt gemacht habe. (3/17) Das ich das jetzt in den Griff bekomme (3/17) Und dass es nicht einfach nur noch Schmerzen eben diese Hilflosigkeit sondern jetzt weiss ich beginne zu suchen und hoffe zu finden. (3/17)
Ausschluss	Also anders behandelt..nein, höchstens wenn ich jetzt akut gerade ein Migräneanfall hatte, ja dann schon, aber dann ist das ja gewollt, dass ist es gut, dass die ganze Familie ein bisschen ruhig ist. (3/17) Nein, ich hab selber entschieden (3/18) Aber ehm, ich habe einfach gemerkt, dass ich meine Entscheidungen einfach nicht mehr mit allen teile. Weil ich wie das Gefühl habe, dass nicht alle dahinter stehen und weil ich damit, wenn ich weiss, ich werde mit der Reaktion nicht umgehen können, setz ich mich der schon gar nicht aus. Vielleicht auch nicht die beste Lösung. (3/18)
Selbst-/Fremdbestimmung	Jein. Er hat mir zuerst ein anderes Medikament verschrieben, das hatte dann Nebenwirkungen die ja, eigentlich in dem Sinn, bessere Nebenwirkungen, aber eine die für mich gar nicht ging. Da dachte ich mir das hätte er mir auch sagen können in der Sprechstunde. Ärzte, aus meiner Sicht, klären zu wenig über Nebenwirkungen auf. Es ist für sie so, du willst ja dass es dir besser geht, also nimm. Sicher nicht alle sind so. (3/18)
<b>Zukunftsvision</b>	
Eckpfeiler für Menschen mit chronischen Schmerzen	Also ich denke es müsste schon irgendwie früher beginnen. (3/19) Dass man überhaupt weiss, wenn man in diese Situation kommt, dass man zu einem Menschen wird, der chronische Schmerzen hat, oder bekommt (3/19) Dass man weiss, dass ist etwas, das ist ernst zu nehmen, das ist nichts wofür man sich schämen muss oder so wie ich das Gefühl habe wenn ich sagen muss, das ist doch doof (3/19) dass man wie diese Hürde schon überwunden hat, dass man sich überhaupt Hilfe holt. Ich denke viele leiden vorher schon viel zu lange. Und bis sie dann etwas gefunden haben, das ihnen hilft, ist noch mal lange. (3/19) Man müsste irgendwie die Gesellschaft sensibilisieren können. (3/19) Und ich meine, in der Schule gibt es doch diese Zahnärzte die immer kommen. Ich meine man man will ja nicht dass die Menschen wegen jedem kleinen Ding zum Arzt rennen, aber dass man halt wirklich gezielt auch die Kinder oder die Eltern, wenn man ja weiss, was die häufigen Dinge sind, auch z. B. im Kindesalter, diese halt sozusagen belert, nicht belert, das ist das falsche Wort, schult. Da wären sicher auch viele dankbar drum. Und sich halt nicht alles selber zusammenreimen, recherchieren muss. Und so halt vielleicht auch das, das es nicht normal ist, wenn ihr Kind... (3/20) Es wird nicht darüber gesprochen, dort fängt es eigentlich schon an. Ich meine chronische Schmerzen bei Kindern gibt es ja in dem Sinn eigentlich gar nicht. Also es gibt es, aber (3/20) Ich würd mir einfach allgemein wünschen, dass Menschen mehr Verständnis hätten für andere. Also ich meine, nur wenn man eine Krankheit nicht sieht, auch die ganzen psychischen Erkrankungen, dass man da einfach Verständnis hat, oder auch ja, Empathie oder einfühlsam. Ist nicht jeder Mensch, aber das man halt ein bisschen zu seinem Gegenüber auch schaut. Und nicht einfach drauflos. (3/21)