

1 Ethische Grundlagen und pflegerisches Selbstverständnis

»Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.« (McCaffery 1997)

Eine eindeutige Definition zum Schmerz zu stellen ist sehr schwierig, da dieser ein komplexes Phänomen ist und viele Faktoren Einfluss auf das subjektive Schmerzerleben nehmen. »Ursachen, Auslöser, Wahrnehmung und der jeweils individuelle Umgang mit Schmerz sind so vielfältig, weil er bei jedem Einzelnen immer wieder neu, einmalig und einzigartig vorkommt« (Knipping 2007, S. 167). In der Versorgung von Schmerz betroffenen steht die Respektierung der Glaubwürdigkeit der Patientenaussage, und nicht die subjektive Einschätzung der Fachkräfte, absolut im Mittelpunkt und stützt sich dabei auf die oben zitierte Definition von Schmerz nach McCaffery. Das stellt eine große Herausforderung an alle Fachkräfte dar. Nicht immer teilen die Betroffenen ihre Schmerzen mit und bei einer kognitiven Einschränkung sind sie zum Teil auch nicht mehr in der Lage, sich zu ihren Schmerzen zu äußern.

Ein effektives Schmerzmanagement ist wegen der verheerenden und entmenschlichenden Auswirkung, die Schmerzen bei einem Menschen haben können, ein elementares und ethisch zu berücksichtigendes Thema.

Das Erleben von Schmerzen hat Auswirkungen auf das physische, psychische und soziale Befinden der Betroffenen. Die negativen Auswirkungen von nicht gelindertem oder nicht ausreichend gelindertem Schmerz gehen von einer momentanen Belastung und Beeinträchtigung der Lebensqualität bis hin zu langandauernden Einschränkungen der gesamten Lebenssituation eines Menschen. Das pflegerische Schmerzmanagement hat eine wichtige Schlüsselfunktion in Form

von Koordination und Organisation der schmerztherapiebezogenen Prozesse, durch die kontinuierliche Kommunikation mit dem Betroffenen und durch die Potentiale zur Lenkung stationsübergreifender Prozesse im multiprofessionellen Team (DNQP 2011, S. 3). Pflegende sind Sprachrohr und Vermittler in der Behandlungskette.

Ein adäquates Schmerzmanagement verbessert die Lebensqualität der Betroffenen und ist ein elementarer Bestandteil des Pflegeprozesses. Dabei ist zu beachten, dass jeder Mensch seine eigene Sichtweise von der eigenen Lebenssituation hat und dass sich die Bedeutung von Lebensqualität für das Individuum im Laufe des Lebens in Abhängigkeit von seinen Erfahrungen und Erwartungen verändern kann. Lebensqualität kann nicht von außen beurteilt werden. Die Lebensqualität wird beeinflusst durch physische, psychische, geistig-spirituelle und soziale Dimensionen. »Die Fähigkeit eines Menschen zur Anpassung bildet ... eine wichtige Voraussetzung für die Erhaltung der Lebensqualität des Erkrankten Individuell ausgerichtete Pflege kann hier wertvolle Unterstützung leisten« (Bernatzky & Likar 2009, S. 14).

In der Ethikcharta der damaligen Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e. V. (DGSS, heute Deutsche Schmerzgesellschaft e. V.) werden folgende ethische Grundsätze der Schmerzbehandlung konstatiert:

»Jeder Mensch mit Schmerzen hat einen Anspruch auf eine angemessene Schmerzbehandlung.

Jeder Patient hat einen Anspruch auf sorgfältige und umfassende Untersuchung der Schmerzursachen sowie auf umfassende Diagnostik und Therapie unter Einschluss psychologischer, psychiatrischer und sozialer Aspekte.

Jeder Patient hat einen Anspruch darauf, dass der Arzt ihn vor der Schmerzbehandlung ausreichend aufklärt, und zwar auch über unerwünschte Nebenwirkungen der Therapie und mögliche Alternativen.

Die Umsetzung der Schmerztherapie setzt das ausdrückliche oder mutmaßliche Einverständnis des Patienten voraus.

Es gibt keinen Anspruch auf Schmerzfreiheit, sondern nur den auf eine Schmerzbehandlung, die den aktuellen Standards und Leitlinien der Schmerztherapie entspricht.

Zu einer dem medizinischen Standard entsprechenden Schmerzbehandlung gehört in der Regel ein abgestuftes Vorgehen. ... Eine dem

medizinischen Standard entsprechende Schmerzbehandlung wird nicht dadurch unzulässig, dass sie bei Todkranken als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.« (DGSS 2007, S. 6)

In der Ethikcharta wird das Recht eines jeden Schmerz betroffenen auf eine an dem aktuellen Wissensstand angepasste Schmerztherapie verdeutlicht. Auch wenn in den Erläuterungen zur Charta die Rolle des Mediziners in den Vordergrund gestellt wird, haben Pflegekräfte eine elementare Rolle im Rahmen des Schmerzmanagements. Hier verdeutlichen die Autoren des Expertenstandards »Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen« (DNQP 2011, S. 3), dass bei der Arbeitsverdichtung, dem bestehenden Fachkräftemangel, durch kürzere Verweildauern, höheren Fallzahlen und gesteigerter Krankenlast der Patienten sowie den Strukturänderungen im ärztlichen Tätigkeitsfeld die Herausforderungen des Schmerzmanagements in Zukunft nur multiprofessionell zu lösen sind.

Um das Schmerzmanagement qualifiziert umsetzen zu können, benötigen die Pflegenden institutionelle Rahmenbedingungen, die ihnen Fortbildungen (zusammen mit anderen Berufsgruppen) zum Thema ermöglichen und Qualitätszirkel zur Verfügung stellen, in denen das Schmerzmanagement für eine Institution hierarchieübergreifend angepasst werden kann. Des Weiteren sind Instrumente, Dokumentationsvorlagen und Informationsmaterialien für die Betroffenen und ihre Angehörigen erforderlich, die durch Qualitätszirkel entwickelt, idealerweise von allen am Schmerzmanagement Beteiligten evaluiert und von Seiten der Institution zielgruppenorientiert zur Verfügung gestellt werden.

Die Pflegenden betreuen den Pflegebedürftigen rund um die Uhr, unterstützen ihn bei der Erfüllung seiner Grundbedürfnisse und stehen in emotionalen Krisensituationen stärkend zur Seite. Sie verbringen im Vergleich zu den anderen Berufsgruppen die meiste Zeit mit dem Betroffenen, kennen diesen daher am besten und haben als Kooperationspartner im multiprofessionellen Team folgende Aufgaben zu erfüllen – *Aufgaben der Pflegefachkräfte im Schmerzmanagement:*

- regelmäßige Überwachung des Schmerzverlaufs mithilfe von zielgruppenorientierten Schmerzassessments
- zusätzlich gute Beobachtung des Patienten bezüglich
 - der Körpersprache und Mimik
 - der Beeinträchtigung der Lebensaktivitäten
 - des Einflusses auf die Lebensqualität
- zielorientierte und systematische Dokumentation des Schmerzinintensitätsverlaufs und potentiell auftretender Nebenwirkungen
- Verabreichung der verordneten Schmerzmedikamente und Co-Medikamente
- vorausschauendes und zeitnahes Reagieren auf veränderte Schmerzsituation (Verabreichung der Bedarfsmedikation)
- Kommunikation und Vermittlung zwischen allen Beteiligten (Patient, Angehörige, Arzt, andere)
- Aufklärung und Information des Patienten und der Angehörigen
- Evaluation des Schmerzmanagements
- Integration, Anwendung und regelmäßige Ergänzung ihres Pflegefachwissens
 - Umsetzung des »Expertenstandards Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen« (DNQP 2011) und weiterer Leitlinien zum Schmerzmanagement
 - Entwicklung von Informations-, Beratungs- und Schulungsmaterialien
 - zielgruppenorientierte Erfassung und Therapie der Schmerzen (Schmid 2011, S. 268 f.; DNQP 2011)

Wilson (2007, in: Carr & Mann 2013, S.99) ermittelte in ihren Untersuchungen auch, dass der Einfluss des Arbeitsumfeldes Auswirkungen auf die Entwicklung und Implementierung von Wissen von Pflegenden hat. Ein schlechtes Arbeitsumfeld kann das Gefühl verminderter Selbstwirksamkeit und geringer persönlicher Kontrolle vermitteln, wodurch die Pflegenden nicht dazu ermutigt werden, es in die Praxis umzusetzen, und zunehmend entmutigt werden.

»Für eine weitere – auch ökonomisch wirksame – Verankerung des pflegerischen Auftrags, Schmerz zu erkennen und mit allen bereitstehenden Möglichkeiten dagegen vorzugehen, scheint jedoch eine Veränderung des pflegerischen Selbstverständnisses erforderlich. Pflege leistet einen

spezifischen pflegerischen Beitrag zur Schmerzlinderung, der über die Verabreichung und Steuerung von durch andere Berufsgruppen veranlassten Maßnahmen hinausgeht. Die nicht-medikamentösen Maßnahmen der Schmerztherapie, wie Ablenkung, Zuwendung und Berührung beginnen erst allmählich im Verständnis der Pflegenden unter dem Gesichtspunkt der Schmerzlinderung und der auch der forschungsbasierten Aspekte eine Rolle zu spielen.« (DNQP 2011, S. 5)

2 Schmerzphysiologie

Eine wesentliche Unterscheidung, insbesondere im Hinblick auf eine Schmerztherapie, ist diejenige zwischen akuten und chronischen Schmerzen. Der akute Schmerz hat im Hinblick auf plötzliche Gewebsschäden und Traumata eine entscheidende Warnfunktion (DNQP 2011, S. 58). Er dauert nur wenige Stunden bis Tage, ist durch eine örtlich begrenzte, oft periphere Schädigung gut lokalisierbar und bessert sich nach kurzer Zeit. Der akute Schmerz wird daher als positiver oder auch sinnvoller Schmerz beschrieben und als existentielle Erfahrung wahrgenommen (Müller-Mundt 2005, in: DNQP 2011, S. 58), während der chronische Schmerz eine negative Bedeutung hat und als sinnlos bezeichnet wird. Der chronische Schmerz dauert Monate bis Jahre und ist diffus, also schlecht lokalisierbar. Im Verlauf kommt es zu einer Vergrößerung der Schmerzregion bis hin zum Ganzkörperschmerz. Da er durch zentrale und psychische Störungen bedingt ist, wird dem chronischen Schmerz eine eher schlechte Prognose gestellt. Der Schmerz hat sich als Schmerzkrankheit manifestiert, und seine Therapie ist sehr schwierig. Die Chronifizierung von Schmerzen bzw. Schmerzchronifizierung wird in der Fachliteratur nochmals gesondert betrachtet und als Loslösung des Symptoms Schmerz von seiner ursprünglichen Ursache beschrieben. Im aktuellen Expertenstandard des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung (DNQP 2014) steht das Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen im Fokus. Hier wird verdeutlicht, dass eine Chronifizierung des Schmerzerlebens sich fließend entwickelt. »Die Chronifizierung von Schmerzen wird nicht mehr nur als ein zu einem exakten Zeitpunkt eintretender Zustand diskutiert, sondern der Übergang wird mehr und mehr fließend und am individuellen Schmerz- und Krankheitserleben ausgerichtet erkannt« (DNQP 2014, S. 22).

Durch lang andauernde, starke Schmerzen wird das Nervensystem für Schmerzreize derart sensibilisiert, dass schon durch kleinste Reize bereits Schmerzen ausgelöst werden. Es kommt zu Beeinträchtigungen im Sozialleben, zu Begleitsymptomen wie z. B. Kopfschmerzen und Gastritis sowie zu psychischen Reaktionen wie Depression, Hilflosigkeit und Angstzuständen.

Im Zusammenhang mit dem Alter wird statt von chronischen von persistierenden Schmerzen gesprochen, da der chronische Schmerz gerade von älteren Menschen häufig mit negativen Assoziationen und Stereotypen verbunden wird: psychiatrische Probleme, erfolglose Therapien, »Sich-krank-Stellen« und Medikamentenmissbrauch. Die alternative Bezeichnung »persistierender Schmerz« soll eine positivere Einstellung unterstützen und den betroffenen Personen vermitteln, dass auch diese Schmerzen effektiv behandelbar sind (Schwermann & Münch 2015).

Im Hinblick auf den Schmerz kann eine weitere Unterteilung in Nozizeptorschmerzen und neuropathischen Schmerzen gemacht werden. Während der neuropathische Schmerz auf einer Schädigung des Schmerzreizleitungssystems (nozizeptives System) beruht, sind die peripheren und zentralen neuronalen Strukturen bei den Nozizeptorschmerzen noch intakt und werden erregt.

2.1 Nozizeptorschmerzen

Nozizeptoren (Schmerzrezeptoren) sind vor allem in der Haut (90 %), aber auch in anderen Geweben vorhanden und werden durch gewebeschädigende Reize erregt. Die Nozizeption, also der hinter den Schmerzen liegende Prozess, beginnt mit einer Reizung der Schmerzrezeptoren und untergliedert sich wie folgt:

- *Schmerzentstehung*: Durch einen mechanischen (Druck, Zug), chemischen (Gifte) oder thermischen (Hitze, Kälte) Reiz kommt es zur Freisetzung von Transmittersubstanzen und Ionen, welche die Schmerzrezeptoren erregen. Der Reiz kann dabei von außen,

z. B. durch Verbrennungen (exogener Reiz), oder von innen, z. B. durch einen Tumor (endogener Reiz), erfolgen. Gleichzeitig werden Kinine und Prostaglandine gebildet, welche die Empfindlichkeit auf exogene und endogene Reize steuern – beispielhaft sei hier eine leichte Berührung genannt, die bei einem Sonnenbrand bereits wehtut.

- **Schmerzleitung:** Über bestimmte Nervenfasern des ersten Neurons wird der Schmerzreiz bis zum Hinterhorn des Rückenmarks weitergeleitet. Über die A-Delta-Fasern erfolgt eine schnelle Weiterleitung. Der Schmerz wird als hell und stechend beschrieben und ist gut lokalisierbar. Als sogenannter Sofortschmerz dient er vor allem zur Auslösung von Schutzreflexen. C-Fasern leiten nur langsam. Der Schmerz ist schwer lokalisierbar und wird als dumpf und brennend empfunden. Im Hinterhorn des Rückenmarks erfolgt die Umschaltung des Schmerzreizes auf das zweite Neuron, welches wiederum eine Weiterleitung zu übergeordneten Verarbeitungszentren im Gehirn leistet. Dieser gesamte Vorgang erklärt gleichzeitig die Funktion der Afferenz, der Zuleitung bzw. Zuführung der Schmerzreize, und somit die Bezeichnung afferente Nervenfasern.
- **Schmerzwahrnehmung:** Gelangt der Schmerzreiz über das Rückenmark zum Thalamus und weiter in verschiedene Hirnregionen, wird der Schmerz dem Menschen erst bewusst. Dieser Vorgang ist bislang nur unzureichend erklärt. Sicher ist jedoch, dass die an dieser Phase beteiligten Hirnregionen die Bewertung des Schmerzes hinsichtlich verschiedener Komponenten beeinflussen bzw. regulieren und unter anderem für entsprechende Reaktionen in Form von Emotionen und schmerzbezogenem Verhalten zuständig sind.
- **Schmerzhemmung:** Dieser meist als Modulation bezeichnete Vorgang erfolgt über vom Gehirn aus absteigende (deszendierende) Nervenbahnen. Die Hemmprozesse sind von entscheidender Bedeutung, da sie den Schmerz kontrollieren und das ständig weitere Einfluten von Schmerzreizen bremsen oder gar stoppen. Im Wesentlichen erfolgt die deszendierende Hemmung über Transmitter (Noradrenalin und Serotonin), die den Einstrom weiterer Schmerzreize im Rückenmark drosseln. Darüber hinaus spielen die Endorphine (endogene bzw. körpereigene Morphine) eine sehr

wichtige Rolle. Sie hemmen die Umschaltung der Schmerzreize von den A-Delta- und C-Fasern auf das zweite Neuron im Rückenmarkhinterhorn. Nicht zuletzt wird die Hemmung von psychischen Faktoren beeinflusst. Im Rahmen der Gate-Control-Theorie wird das Rückenmark als Tor (Gate) verstanden, das Schmerzreize durchlässt oder auch nicht. Schließen und Öffnen des Tores hängen von physiologischen, kognitiven und emotionalen Vorgängen ab, was z. B. die Bedeutung der Ablenkung als nichtmedikamentöse Schmerztherapie erklärt (Schwermann 2014, S. B-19).

2.2 Neuropathische Schmerzen

Bei neuropathischen Schmerzen liegt eine Schädigung des Nozizeptorensystems vor, die folgende Auswirkungen hat: Eine Nervenkompression oder Nervenverletzung führt zu einer anatomischen und funktionellen Störung der Hemmsysteme. Infolgedessen nehmen schmerzverstärkende Vorgänge zu, was sich mitunter in spontanen bzw. anfallartigen, einschießenden Schmerzen äußert. Auch die Empfindlichkeit gegenüber kleinsten Reizen nimmt zu, was zu inadäquaten Reaktionen auf die jeweiligen Reize führen kann. Einen Sonderfall bilden die Deafferenzierungsschmerzen, die auf einer partiellen oder kompletten Durchtrennung der afferenten Bahnen beruhen, etwa bei großen Traumata oder Amputationen. Hier bilden sich Neurome an den Nervenenden, die sehr empfindlich auf Berührung, Wärme und Wetterveränderungen reagieren und z. B. zu den typischen Phantom- oder Stumpfschmerzen führen. Neuropathische Schmerzen gelten als sehr komplex und nur schwer durch ausschließlich gängige Analgetika (Schmerzmittel) therapierbar (Schwermann & Münch 2015).

Tab. 1: Schmerzarten (modifiziert nach DNQP 2011)

Schmerzart	Lokalisation	Charakteristik	Ausprägung
Nozizeptorschmerz	Somatischer Schmerz	spitz, stechend, gut lokalisierbar, umschrieben	<ul style="list-style-type: none"> • Knochen- und Periostschmerz (helle, gut lokalisierbare Schmerzen, meist bei körperlicher Belastung und bei bestimmten Bewegungen) • Weichteilschmerz (bohrende, drückende Dauerschmerzen oder bewegungsabhängige stechende, schneidende Schmerzen, an den Schleimhäuten auch brennend) • Ischämieschmerzen (Schmerzverstärkung bei Bewegung, bläulich-livide Verfärbung der Haut)
Viszeraler Schmerz	»Eingeweideschmerz«	dumpf, kolikartig	schlecht lokalisierbar
Neuropathischer Schmerz		dumpf, kolikartig	brennender Dauerschmerz, sympathisch unterhaltener Schmerz; oftmals einem speziellen Innervationsgebiet zuzuordnen; geht häufig mit trophischen Störungen einher