

1 Ethische und gesetzliche Rahmenbedingungen

Chronische Schmerzen bleiben eine Herausforderung für alle Beteiligten. In vielen Fällen können sie auch mit fundierten Therapieansätzen nicht vollständig gelindert werden. Das Ziel des Schmerzmanagements ist es, dass mit dem Schmerz lebenswert gelebt werden kann und nicht gegen ihn gearbeitet werden muss.

»Der Anspruch auf Schmerztherapie ist ein Menschenrecht« (EFIC, Human Rights Watch 2009, zitiert nach Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 2012). »Der Sicherstellung der Therapie akuter und chronischer Schmerzen gebührt daher eine hohe Priorität im Gesundheitswesen« (Chief Medical Officer UK 2009, zitiert nach Deutsche Schmerzgesellschaft e. V., 2012).

Um die qualifizierte Versorgung chronisch schmerz betroffener Menschen zu gewährleisten, braucht es in Deutschland vermehrt ein konzeptionelles Vorgehen mit integrativen, aufeinander abgestimmten Therapiemaßnahmen in Form multimodaler Therapiekonzepte.

Erläuterung Multimodale Schmerztherapie

(Lat.) Multi = viele/modal = Arten (der Behandlung)

Bei einem interdisziplinären multimodalen Therapiekonzept geht es um die Entwicklung körperlicher, gedanklicher und verhaltensbezogener Bewältigungsstrategien unter Begleitung eines multiprofessionellen Teams. Dabei wird die symptomatische Behandlung chronischer Schmerzen verlagert zur Therapie mit körperlichen, psychischen und sozialen Behandlungsschwerpunkten.

Multimodale Programme stehen unter ärztlicher Leitung und enthalten medizinische, psychologische, physiotherapeutische und

sporttherapeutische Behandlungseinheiten. In regelmäßigen Teambesprechungen unter Teilnahme aller Professionen werden die individuellen Ziele sowie die Evaluation des jeweiligen Behandlungskonzeptes gemeinsam abgesprochen (Thomm, 2011, S. 25).

Eine umfassende Versorgung kann nur gelingen, wenn eine schmerzmedizinische multiprofessionell orientierte Expertise flächendeckend zur Verfügung steht, um jene Patienten zu identifizieren, bei denen schmerztherapeutische Frühinterventionen eine Chronifizierung verhindern können. Hierzu braucht es eine abgestufte Versorgung mit Hausärzten als Primärversorger, aber auch die Umsetzung deutlicher Richtlinien für die Weiterüberweisung der Betroffenen, die eine leitlinienorientierte Versorgung ermöglichen. Die Ethikcharta der Deutschen Schmerzgesellschaft e. V. wird derzeit überarbeitet und steht in keiner Fassung zur Verfügung. Sie erhebt den Anspruch der Betroffenen auf eine, dem aktuellen Wissensstand angepasste, Schmerzbehandlung. Ebenso ist darin verankert, dass jeder Mensch mit Schmerzen einen Anspruch auf eine sorgfältige Untersuchung der Schmerzursachen sowie auf umfassende Diagnostik und Therapie unter Einschluss psychologischer, psychiatrischer und sozialer Aspekte hat. Auch ist dort manifestiert, dass der chronische Schmerz als bio-psycho-soziale Erkrankung ein interdisziplinäres Vorgehen erfordert (DGSS, 2007 in: Schwermann, 2016, S. 12).

Im SGB XI, § 11 ist die Umsetzung von Expertenstandards und Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen geregelt. Die Sozialgesetzbücher legen die Zuständigkeiten der Kostenübernahme im Falle des behandlungsbedürftigen chronischen Schmerzes fest. Neben dem SGB V und XI werden in vielen Fällen auch Leistungen aus der Renten- (SGB VI) und der Unfallversicherung 7SGB VII) bezogen.

Hall et al. (2009 in: Dietl & Korcak, 2011, S. 122) stellen in Ihrer Veröffentlichung die zwei wesentlichen ethischen und rechtlichen Elemente der Schmerzbehandlung auf: Das Recht auf Schmerzbehandlung und die Arzt-Patient-Beziehung. Nach Hall et al. gibt es bislang weder rechtliche noch ethisch geschaffene Versorgungsverpflichtungen außerhalb der traditionellen Arzt-Patient-Beziehung.

Aufgrund der fehlenden allgemeinen Verpflichtung gibt es kein allgemeines Recht, das in Anspruch genommen werden kann.

Laut Bericht des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) sind bei einer angemessenen Versorgung chronischer Schmerzen sozialmedizinische und ethische Aspekte auf der Makro-, Meso- und Mikroebene zu unterscheiden.

»Auf der Makroebene ist zu berücksichtigen, dass Patienten ein Recht auf eine ausreichende und individuell angemessene Schmerztherapie zu garantieren ist. Palliativmedizinische Versorgung ist als ein Grundrecht aller Sterbenskranker zu verstehen. Auf der Mesebene ist zu beachten, dass die Pflege und Betreuung Sterbenskranker in besonderem Maß nicht nur klinische, sondern auch ethische Kompetenz, Kommunikation und interdisziplinäre Zusammenarbeit erfordert. Auf der Mikroebene ist zu bedenken, dass besondere Aufmerksamkeit den vulnerablen Patientengruppen gilt, wie z. B. Neugeborenen, Kindern und Jugendlichen sowie alten und mental eingeschränkten Patienten« (Dietl & Korcak, 2011, S. 122).

Aus dieser Analyse heraus begründet sich u. a. die Notwendigkeit evidenzbasierter schmerztherapeutischer Maßnahmen auf der Mikro-, der Meso- und der Makroebene. Durch eine differenzierte Überprüfung der Versorgungsmaßnahmen kann einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung entgegengewirkt werden.

Darüber hinaus kann durch ein ausführliches Pflegeassessment im Bereich der kurativen und palliativen Versorgung eine Über-, Unter- oder Fehlversorgung vermieden werden (Dietl & Korcak, 2011, S. 124), da oft, wie die Analyse der Opiatversorgung im DIMDI-Bericht zeigt, sowohl eine Über- als auch eine Unterversorgung besteht.

Für alle beteiligten Berufsgruppen sind Verbesserungen der Aus-, Fort- und Weiterbildung anzustreben. So bedarf es einer einheitlichen Regelung für das Berufsfeld der Schmerztherapeuten, die über die Zusatzbezeichnung »Spezielle Schmerztherapie« hinausgeht. Es bedarf einer fachübergreifende Versorgung von chronischen Schmerzpatienten. Des Weiteren wird die Einrichtung der Fächer Palliativmedizin für angehende Ärzte und Palliativpflege für angehende Pflegefachkräfte empfohlen (Dietl & Korcak, 2011, S. 124). Im Bereich der Pflege sind die Pflegeforschung sowie die Akademisierung der Pflegeberufe voranzutreiben. Hierbei ist es notwendig, spezialisierte Pflegekräfte auszubilden, die in der Lage sind, die Situation der Schmerz-

patienten umfassend zu verstehen und die momentane defizitäre Versorgung chronisch Schmerz betroffener zu verbessern (Dietl & Korkak, 2011, S. 124).

In der Versorgung von Menschen mit chronischen Schmerzen dient es neben der Förderung der Lebensqualität der Betroffenen der Kosteneffektivität, wenn eine multimodale Schmerztherapieversorgung multiprofessionell und sektorenübergreifend angeboten wird, um der derzeitigen Unter- und Fehlversorgung entgegenzuwirken (► Abb. 1).

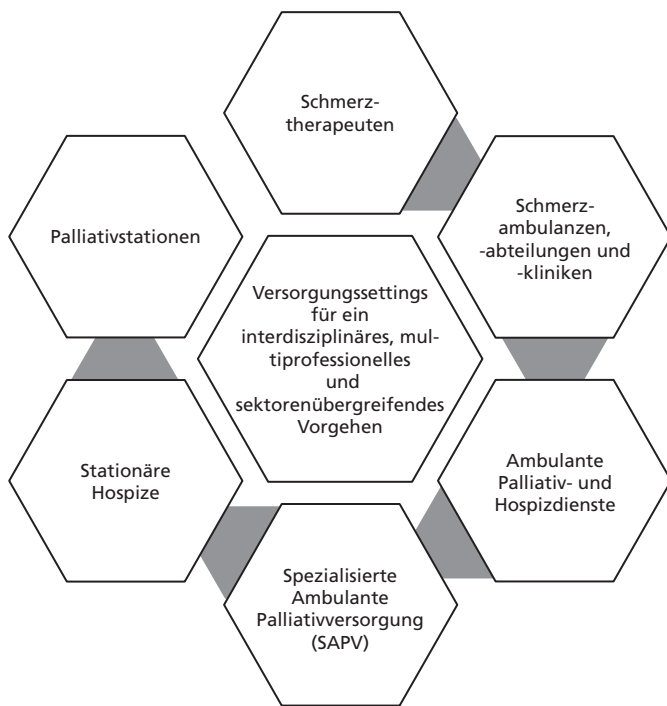


Abb. 1: Versorgung von Menschen mit chronischem Schmerz in Deutschland (in Anlehnung an DNQP, 2014, S. 60)

Das bedeutet, dass Mitglieder verschiedener Fachdisziplinen (Ärzte, Pflegekräfte, Therapeuten, Psychologen und Apotheker) gemeinsam individuell angepasste Kombinationen verschiedener Schmerzbehandlungen in regelmäßigen Schmerzkonferenzen abstimmen, umsetzen und evaluieren. Die Palliativversorgung zeigt hier bereits modellhaft, wie Palliativpflegekräfte in die multiprofessionelle Versorgung mit assistierender, unterstützender und beratender Funktion in das Symptommanagement integriert werden können (DNQP, 2014, S. 60).

2 Schmerz und Schmerzerleben bei Chronifizierung

Die bevölkerungsbezogene Häufigkeit chronischer Schmerzen liegt nach DNQP (2014, S. 78) bei 17 %, Prävalenzwerte sind aufgrund sehr heterogener Definitionen und Befragungsmethoden nicht vergleichbar.

Die Definitionen zum chronischen Schmerz sind in der Fachliteratur und den Leitlinien sehr heterogen.

In der Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM, 2013) werden Patienten mit Schmerzen nicht tumorbedingter Ursache in der Definition der Zielgruppe aufgeführt, wenn ihre Schmerzen drei Monate und länger anhalten.

Eine Abgrenzung sowie ein genauer Beginn der Chronifizierung ist kaum festzulegen und immer abhängig vom individuellen Schmerzbild. Des Weiteren bezieht sich das DNQP im Expertenstandard auf eine aktuelle Veröffentlichung der IASP (Flor & Tork, 2011 in: DNQP, 2014, S. 64), in der die Autoren das Fehlen behandelbarer pathologischer Ursache sowie einen festen Trennwert für die Dauer der Chronifizierung kritisieren. Chronischer Schmerz ist demnach auch durch eine geringer ausgeprägte Pathologie und längere Dauer geprägt sowie durch psychologische Faktoren, die das chronische Schmerzerleben stärker beeinflussen, als es bei akuten Schmerzerleben der Fall ist.

Chronischer Schmerz beeinträchtigt den Betroffenen physisch (Mobilitätsverlust und Funktionseinschränkung), psychisch-kognitiv (Befindlichkeit, Stimmung und Denken) und sozial. Die Zusammenhänge in Bezug auf die Chronifizierung sind sehr anspruchsvoll, weil Schmerz sich im Zentralnervensystem einbrennen kann: Es entsteht das so genannte Schmerzgedächtnis. Das Nervensystem ist durch ständige Schmerzreize überempfindlich geworden und reagiert danach selbst auf harmlose Reize – etwa Berührungen – mit Schmerzsignalen. Die körpereigene Schmerzkontrolle, das Endorphin-Sys-

tem, kann das Geschehen nicht mehr ausreichend dämpfen und kontrollieren. Darum laufen Patienten mit chronischen Schmerzen oft von Arzt zu Arzt, ohne dass eine direkte Ursache diagnostizierbar ist (Deutsche Schmerzliga e. V., 2013, S. 2).

Bei chronischen Schmerzen sind Nozizeptoren nicht immer beteiligt, manchmal aber sind diese in ihrer Funktion durch Gewebeschädigung oder zentrale Rückkoppelung (reversibel oder irreversibel) verändert. Chronische Schmerzen haben ihre Warn- und Schutzfunktion für den Organismus verloren. Ob Schmerzen bei einer Person chronifizieren, hängt von vielen Faktoren wie der Lebenszufriedenheit, Arbeitsplatzzufriedenheit, Depressivität, der sozialen Unterstützung, Persönlichkeitsfaktoren, Krankheitsgewinn, der Art der Behandlung und weiteren Faktoren ab.

Mehrdimensionale Faktoren, die das akute Schmerzerleben beeinflussen, werden als gleichermaßen beeinflussend für die Chronifizierung von Schmerz diskutiert (RNAO, 2007 in: DNQP, 2011, S. 62). Zusammenfassend werden sie in Abbildung 2 dargestellt.

Das chronische Schmerzerleben hat viele Wirkungsebenen, die sich auf Verhalten, Emotionen, biologische Prozesse und Kognition der Betroffenen auswirken und einen mannigfaltigen Wirkungsbereich einnehmen und gleichzeitig die Schmerzwahrnehmung negativ beeinflussen. In internationalen Leitlinien wird darauf hingewiesen, dass der Übergang zwischen akutem und chronischem Schmerz fließend ist (DNQP, 2011, S. 63, DNQP, 2014, S. 64). Verschiedene Quellen geben Zeiträume von länger als sechs Wochen und länger als sechs Monaten, mit der häufigsten Nennung von drei Monaten an (DNQP, 2014, S. 67). Eine konkrete Definition stellt sich als sehr schwierig dar.

Die Entstehung des chronischen Schmerzes wird im Expertenstandard zum Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen (DNQP, 2011, S.63) mit drei grundlegenden Elementen aufgeführt:

1. Entstehungsprozess, der durch das Zusammenwirken von biopsychisch-pathologischen und psycho-sozialen Prozessen gekennzeichnet ist (DIVS, 2009 in: DNQP, 2011, S. 63).
2. Der chronische Schmerz kann häufig nicht mehr mit einem Gewebeschaden oder einer Verletzung in Verbindung gebracht werden. Der Schmerz hält über den Punkt an, an dem die Heilung

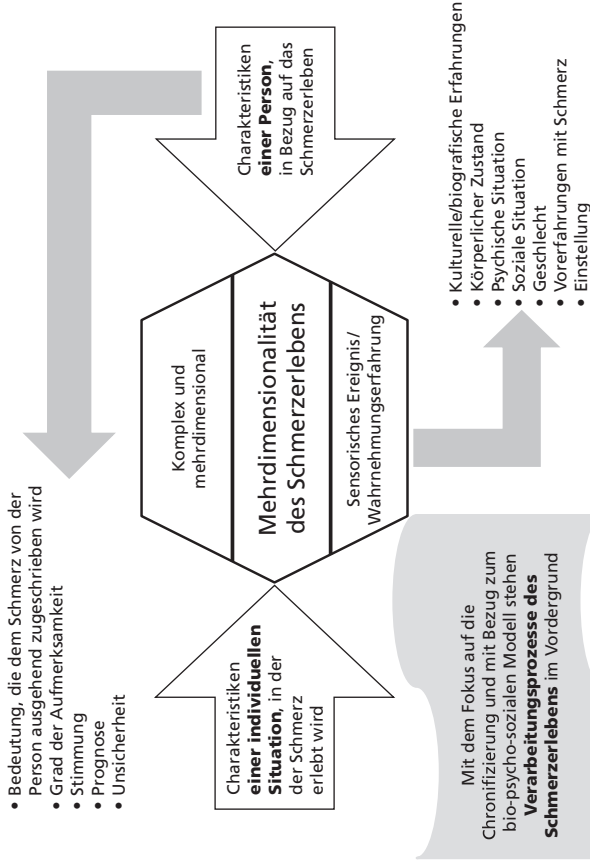


Abb. 2: Einflussgrößen auf das Schmerzerleben (modifiziert nach DNOP, 2011, S. 60)

abgeschlossen sein sollte oder tritt weiter auf (BPS & BGS, 2007 in: ebd.).

3. Der Chronifizierung des Schmerzes kann durch eine angemessene Therapie des akuten Schmerzes entgegengewirkt werden. Eine frühzeitige Linderung von akuten Schmerzen kann die Entwicklung von chronischen Schmerzen verhindern. Bestimmte Operationen (z. B. Amputationen, Mastektomien, Thorakotomien) zeigen eine hohe Inzidenz für eine chronische Schmerzentwicklung (DIVS, 2009; NHMRC, 2010 in: ebd.).

Die Übertragung der Kriterien für chronische Schmerzen bei Tumorerkrankungen ist nicht eindeutig geklärt. Im Expertenstandard werden diese Schmerzformen aber dem chronischen Schmerzerleben zugeordnet.

Je häufiger und länger die Schmerzen auftreten und je seltener ein Intensitätswechsel stattfindet, desto höher wird das Niveau im Chronifizierungsstadium eingestuft. Bei vielen Betroffenen kommt es zum Dauerschmerz, der sich mit zunehmender räumlicher Ausdehnung bis zum Ganzkörperschmerz steigert. Bei einigen Patienten kommt es zu einer Veränderung des (zum Teil individuell festgelegten) Medikamentenmanagements bis hin zur Polytoxikomanie (multipler Substanzgebrauch verschiedener Substanzgruppen, der die Merkmale einer Abhängigkeit aufweist). Bei stärkerer Chronifizierung entstehen häufig Änderungen in der Lebensführung sowie Beeinträchtigungen der sozialen Bindungen, die durch häufige Arztwechsel, vermehrte schmerzbedingte Krankenhausaufenthalte, Operationsmaßnahmen und Rehabilitationen entstehen (Thomm, 2011, S. 127).

Die North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) ergänzt die Definition des Schmerzes der IASP und erweitert sie um die Merkmale der Chronifizierung:

»Plötzlicher oder langsamer Beginn mit jeder Intensität von leicht bis schwer, konstant oder wiederkehrend ohne erwartetes oder vorhersagbares Ende und mit einer Dauer länger als 6 Monate« (Heuwinkel-Otter et al., 2011, S. 260; DNQP, 2014, S. 65).

Eine umfassende und im Behandlungsverlauf bestätigte Diagnosestellung bei Betroffenen mit chronischem Schmerz ist nur dann

realisierbar, wenn eine tägliche multiprofessionelle Kooperation auf der Basis eines berücksichtigten bio-psycho-sozialen Schmerzmodells erfolgt und wenn die Dokumentation der Daten engmaschig und nachvollziehbar ist (Sprött & Maurer, 2012, S. 15). Assessmentinstrumente für Pflegekräfte zur Unterscheidung von akutem und chronischem Schmerz konnten für den Expertenstandard nicht identifiziert werden.

Pathophysiologie und Psychologie der Chronifizierung

Die Ursachen von chronischen Schmerzen lassen sich nicht allein aus einer biomedizinischen Perspektive heraus bekämpfen, sondern müssen aus einer bio-psycho-sozialen Perspektive betrachtet werden. Der Schmerz erlangt in der Chronifizierung einen eigenen Krankheitswert. Durch Veränderungen der Reizleitung und der neuronalen Strukturen wird das Nervensystem für Nicht-Schmerzreize sensibilisiert. Durch Lern- und Konditionierungsprozesse wird eine unangepasste Schmerzverarbeitung unterstützt, die meist unbewusst für den Betroffenen und sein Umfeld verläuft. Der Übergang von akutem zu chronischem Schmerz ist durch ein dynamisches und wechselseitiges Zusammenspiel physiologischer und psychologischer Faktoren geprägt. Als multidimensionales Phänomen führt eine schlechte Anpassung der Schmerzverarbeitungsprozesse zur Ausprägung eines zentralen Schmerzgedächtnisses.

Carr und Mann (2014, S. 178–179) benennen Schmerzauslöser, die chronische Schmerzen beeinflussen, bzw. aufrechterhalten können (► Abb. 3).

Wachter (2014, S. 11–13) stellt einen Zusammenhang zwischen psychischen Risikofaktoren und der Chronifizierung von Schmerz auf, der zur Entwicklung von physiologischen und psychologischen Teufelskreisen in Bezug auf die Entstehung und Aufrechterhaltung chronischer Schmerzen führen kann (► Tab. 1 und Abb. 4).