

Fachbereich Gesundheit

Leonardo Campus 8

48149 Münster

BA-BIG-2016

Fachhochschule
Münster University of
Applied Sciences



Palliative Begleitung eines Menschen mit einer progredienten Erkrankung im Hospiz

Von den Studenten des Fachbereichs Gesundheit:

Annika Malinsky, André Schiefelbein, Theresa Schlegel,

Jan-Philipp Schlichtmann, Claudia Schulze Everding

Inhaltsverzeichnis

Abbildungsverzeichnis.....	3
Tabellenverzeichnis.....	3
Abkürzungsverzeichnis.....	3
1 Einleitung (Annika Malinsky).....	4
2 Fallbeispiel	5
3 Schmerzformen (Theresa Schlegel)	7
3.1 Chronischer & akuter Schmerz.....	7
4 Klassifikation nach Pathophysiologie und Lokalisation (Theresa Schlegel).....	7
5 Ätiologische Klassifikation (Theresa Schlegel)	8
6 Schmerzindikatoren (Theresa Schlegel).....	9
6.1 Formen der Schmerzeinschätzung.....	9
7 Schmerzassessment (Claudia Schulze Everding)	11
7.1 Definition von Assessments	12
7.2 Gründe für Assessmentinstrumente	12
7.3 Grundsätze von Assessments.....	13
7.4 Arten von Assessments.....	14
7.4.1 Initiale und differenzierte Schmerzassessments.....	14
7.4.2 Instrumente zur Selbsteinschätzung.....	14
7.4.3 Instrumente zur Fremdeinschätzung	15
7.4.4 Qualitative Studie im Hospiz.....	17
8 Ziele eines fundierten Schmerzmanagements (Claudia Schulze Everding)	17
9 Medikamentöse Schmerztherapie (André Schiefelbein)	19
9.1 Stufenschema der WHO zur Schmerzbehandlung	19
9.1.1 Nicht-Opioide-Analgetika.....	20
9.1.2 Schwache Opioide	20
9.1.3 Starke Opioide	20
9.2 Co-Analgetika.....	21
9.2.1 Antidepressiva.....	21
9.2.2 Kortikosteroide	21

9.2.3	Bisphosphonate	21
9.3	Adjuvantien	21
9.3.1	Laxantien	21
9.3.2	Antiemetika	22
9.4	Weitere Nebenwirkungen der Opioidtherapie	22
9.4.1	Fatigue	22
9.4.2	Atemdepression	22
10	Nicht-medikamentöse Therapie (Annika Malinsky)	23
10.1	Grundsätze der nicht-medikamentösen Therapie	23
10.2	Unterteilung der nicht-medikamentösen Schmerztherapie nach Schwermann	23
10.2.1	Kälte- und Wärmetherapie.....	24
10.2.2	Vibration und Stimulation	24
10.2.3	Aktive und passive Bewegungsübungen	24
10.2.4	Atemtechniken	24
10.2.5	Psychische Begleitung und Betreuung	25
10.2.6	Entspannungstechniken	25
10.2.7	Aromatherapie.....	25
10.2.8	Akupunktur.....	25
10.2.9	Homöopathie.....	25
11	Patientenedukation (André Schiefelbein)	27
12	Total Pain Konzept (Jan-Philipp Schlichtmann).....	28
12.1	Dimensionen nach Saunders	28
12.1.1	Physischer Schmerz.....	29
12.1.2	Sozialer Schmerz	29
12.1.3	Psychischer/ seelischer Schmerz	29
12.1.4	Spirituellder Schmerz	29
12.2	Total Pain als Trennungsarbeit.....	30
13	Fazit (Annika Malinsky).....	32
	Literaturverzeichnis	33
	Anhang.....	36

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1: Stufenschema zur Schmerzbehandlung (in Anlehnung an Schmidt, 2014, S. 170)</i>	<i>19</i>
<i>Abbildung 2: Total Pain Konzept</i>	<i>28</i>

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1: Auszug aus dem Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. (DNQP, 2014).....</i>	<i>10</i>
<i>Tabelle 2: Empfohlene Zeitintervalle je Anlass der Schmerzverlaufskontrolle. (DNQP, 2011, S. 69).....</i>	<i>13</i>

Abkürzungsverzeichnis

BMG	Bundesministerium für Gesundheit
Bzw.	Beziehungsweise
Ca.	circa
DHC	Dihydrocodein
DNQP	Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege
FPS-R	Face Pain Scale – Revised
i.V.	intra venös
NRS	Numerische Rang Skala
NSA	Nichtsteroidale entzündungshemmende Substanzen
u.a.	unter anderem
VAS	Visuelle Analog Skala
VRS	Verbale Rating Skala
WHO	World Health Organisation
z.B.	zum Beispiel
ZOPA	Zurich Observation Pain Assessment

1 Einleitung (Annika Malinsky)

Die palliative Versorgung schwerstkranker und sterbender Menschen wurde in Deutschland erstmalig in den achtziger Jahren von stationären Hospizeinrichtungen übernommen. Die Hospizarbeit ermöglicht dem zu pflegenden Menschen und seinen Angehörigen ein ungestörtes und bedürfnisorientiertes Abschied nehmen. Im Mittelpunkt dieser Versorgungsform steht jedoch nicht nur die soziale Komponente in Form von Beziehungsgestaltung oder Trauerarbeit. Vielmehr berücksichtigen Pflegefachkräfte im Hospiz auch die psychische, spirituelle und physische Komponente, welche für den zu pflegenden Menschen in dieser letzten Lebensphase bedeutungsvoll sind. Hinsichtlich der physischen Dimension gilt es, die Lebensqualität zu erhalten sowie Schmerzen und weitere Symptome des zu pflegenden Menschen zu lindern (Deutscher Hospiz und Palliativverband, 2015, Internet; Saunders, 1996, S. 1599-1601). Um die Hospiz- und Palliativversorgung und somit auch das Schmerz- und Beschwerdemanagement jedoch zukünftig in Deutschland flächendeckend zu verbessern verabschiedete die Bundesregierung im April 2015 einen ersten Gesetzesentwurf (Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2015, Internet). Vor dem Hintergrund dieser Thematik und in Anbetracht der Themenaktualität widmet sich die folgende Arbeit der palliativen Begleitung eines Menschen mit einer progredienten Erkrankung. Der Fokus liegt hierbei auf der pflegerischen schmerztherapeutischen Versorgung der Klienten im Hospiz. Die Autoren orientieren sich im Zuge ihrer Ausarbeitung an einem eigens erstellten Fallbeispiel, welches den progredienten Krankheitsverlauf einer Klientin mit Brustkrebs beschreibt. Anhand dieser Fallsituation werden ausgewählte schmerztherapeutische Inhalte bezugnehmend erläutert. Zur Einführung in diese Arbeit erhalten die Leser einen ersten Einblick in die Schmerztherapie anhand einer Definition des Schmerzes sowie einer Erläuterung der einzelnen Schmerzformen, -klassifikationen und -indikatoren durch die Autoren. Vertiefend widmet sich diese Arbeit im Anschluss dem Schmerzassessment und einzelnen Assessmentinstrumenten, die vor allem in der pflegerischen Versorgung eine relevante Position einnehmen. Darüber hinaus werden die Ziele des wissenschaftlich fundierten Schmerzmanagements erläutert, welches die medikamentöse und die nicht-medikamentöse Schmerztherapie sowie die adjuvante Therapie impliziert. Zur effektiven Umsetzung der nötigen Maßnahmen bedarf es zudem einer professionellen Patientenedukation, welche anschließend dargestellt wird. Zur ganzheitlichen Betrachtung der Klienten und ihrer individuellen Schmerzwahrnehmung widmet sich diese Arbeit schlussendlich den Dimensionen des Schmerzes, welche durch das Total Pain Konzept repräsentiert werden.

2 Fallbeispiel

Frau Müller ist 64 Jahre alt, ist verheiratet, hat zwei erwachsene Kinder und ein Enkelkind. Ihr drei Jahre älterer Ehemann ist nach einem langjährigen Berufsweg als Zimmermann vor vier Jahren in den Ruhestand gegangen. Das Ehepaar Müller führt eine glückliche Ehe. Frau Müller war bis zur Diagnosestellung als Einzelhandelskauffrau in einem Drogeriemarkt beschäftigt. Außerdem war sie ehrenamtlich in einer Gemeinde tätig und hat den Kindergottesdienst gestaltet. Ihre Freizeit verbringt sie gerne mit ihrem Enkelkind und legt viel Wert auf einen guten Familienzusammenhalt, der durch regelmäßige Familientreffen gefördert wird. Frau Müller ist sehr musikalisch und spielt seit ihrem dreizehnten Lebensjahr leidenschaftlich gerne Geige. Nachdem die sechs Jahre ältere Schwester von Frau Müller vor dreizehn Jahren an Brustkrebs erkrankte, hat sie diese von der Diagnose an bis zu ihrem Tod begleitet und gepflegt.

Aufgrund dieser belastenden Erfahrung und dem Verlust der Schwester, hat Frau Müller Themen wie Erkrankungen und Tod verdrängt und den Kontakt zu Ärzten und Vorsorge vermieden. Wohingegen ihr Mann und die Kinder für das Thema (Brust)Krebs noch mehr sensibilisiert wurden und darauf achten die Vorsorgeuntersuchungen wahrzunehmen. Eines Morgens entdeckt Herr Müller eine Veränderung an der rechten Brust seiner Frau und bittet sie daraufhin zur Vorsorgeuntersuchung zu gehen. Frau Müller reagiert abweisend und verharmlost die Veränderung an der Brust mit der Begründung, dass diese schon seit mehreren Wochen vorhanden ist. Nach mehrmaligen Aufforderungen der Familie vereinbart Frau Müller einen Termin bei ihrem Gynäkologen.

Bei der ärztlichen Anamnese muss Frau Müller zugeben, dass sie in letzter Zeit Gewicht verloren hat und leistungsschwächer geworden ist. Bei der klinischen Untersuchung wird ein Knoten ertastet, die Mamille ist eingezogen und der untere rechte Quadrant ist gerötet und verhärtet. Die Haut des Areals ähnelt einer Apfelsinenhaut. Außerdem sind die Lymphknoten auffällig geschwollen. Nach der vorläufigen Diagnosestellung erfolgt aufgrund der auffälligen Befundung eine rasche Einweisung in das nächstgelegene Krankenhaus. Dort wird Frau Müller stationär aufgenommen, worauf eine zeitnahe Mammographie und ein umfassendes Staging erfolgen. Nach der Diagnoseerhebung steht fest, dass Frau Müller, aufgrund eines inflammatorischen Mamma-Carcinoms (T4d, N2, M1), eine palliative Chemotherapie benötigt. Da Frau Müller durch den Leidensweg der Schwester geprägt ist und negative Assoziationen mit der Chemotherapie verbindet, lehnt sie alle weiteren Maßnahmen, außer einer Bestrahlung der Skelettmetastasen, ab.

Nach einem wochenlangem Krankenhausaufenthalt und Bestrahlungstherapie verschlechtert sich der Allgemeinzustand rapide. Sie leidet unter Erschöpfung, Appetitlosigkeit, epigastrischen Beschwerden und vor allem Körperschmerz. Der zuständige Arzt klärt die Familie über den

lebensbedrohlichen Zustand und die begrenzte Lebenserwartung auf. Weiterhin stellt er die Optionen für eine weiterführende Behandlung dar. Gemeinsam entscheidet sich Familie Müller für die Besichtigung eines Hospizes. Um eine ständige Überwachung, kontinuierliche Schmerztherapie und eine Entlastung der Familie zu gewährleisten, trifft die Familie die Entscheidung, dass Frau Müller in ein Hospiz geht.

Durch die Schnittstellenkoordination des Case Manager kann eine lückenlose Behandlung gewährleistet werden.

In dem Hospiz wird Frau Müller mit den dortigen Gegebenheiten vertraut gemacht. In der Anamnese stellt sich heraus, dass die Lebensqualität durch die starken Schmerzen erheblich eingeschränkt ist. Eine Pain Nurse erhebt daraufhin ein umfassendes Schmerzassessment. Hierbei wird folgendes Ergebnis festgestellt: Frau Müller leidet unter Nozizeptorschmerz, viszeralen und immer wiederkehrenden Durchbruchschmerzen.

Diese Ergebnisse werden in die interdisziplinäre Fallbesprechung mit einbezogen, in der die medikamentösen und nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten besprochen werden. In einem weiteren Gespräch zwischen dem behandelnden Arzt, Frau Müller und ihrer Bezugspflegekraft werden ihr die Ergebnisse aus der Besprechung vorgestellt. Gemeinsam wird ein individueller Therapieplan erstellt.

Während des Aufenthalts wird dreimal tägliche eine Schmerzerhebung erhoben, um die Wirkung der Therapie zu erfassen. Im Laufe der Zeit verschlechtert sich der Zustand, weitere Symptome treten auf und auch die Nebenwirkungen der Opiate werden stärker, was zu einer Anpassung der Therapie führt.

3 Schmerzformen (Theresa Schlegel)

Schmerzen werden als unangenehmes Gefühls- und Sinneserlebnis, welches mit aktueller oder potentieller Schädigung des Gewebes einhergeht, definiert (Carr & Mann, 2010, S. 125). Schmerzempfindungen können nach dem Kriterium ihres Verlaufs eingeteilt werden, wobei dieser akut oder chronisch sein kann (Wüller, Krumm, Hack & Reineke-Bracke, 2014, S. 103).

3.1 Chronischer & akuter Schmerz

Akute Schmerzen treten gewöhnlich nach Operationen, Schädigungen oder bestimmten Erkrankungen auf und sind meist absehbar (Carr & Mann, 2010, S. 124). Akut verlaufende Schmerzen, ob lang anhaltend oder in kurzen Abständen sich wiederholend, können zu Langzeitveränderungen des Nervensystems mit gesteigerter Empfindlichkeit führen. Das infolge entstehende „Schmerzgedächtnis“ bezeichnet ein erlerntes Schmerzempfinden des Gehirns, welches immer wieder abrufbar ist. Demzufolge ist das Aushalten von Schmerzen ungesund und kann deren Chronifizierung begünstigen. Eine Schmerzbehandlung der akuten Form ist demnach eine präventive Maßnahme, um chronischen Schmerzen zu verhindern (Wüller, Krumm, Hack & Reineke-Bracke, 2014, S. 103).

In den sogenannten Schmerzkrisen kann es Phasen geben, in denen es zu einer deutlichen Verschlimmerung der Schmerzen kommt. Diese werden als Schmerzspitzen, Durchbruchsschmerzen oder Exazerbation bezeichnet. Ursächlich können Spontanfrakturen aufgrund osteolytischer Metastasen sein. Als weitere Ursachen können Kompressionen von Nerven und Verlegungen von Hohlorganen genannt werden. (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 483).

4 Klassifikation nach Pathophysiologie und Lokalisation (Theresa Schlegel)

Entscheidend für die Schmerztherapie ist die Unterteilung nach der Pathophysiologie, also dem Entstehungsmechanismus der Schmerzen (Wüller, Krumm, Hack & Reineke-Bracke, 2014, S. 103). Zu den Entstehungsmechanismen gehören Nozizeptoren, durch die sogenannte Nozizeptorschmerzen hervorgerufen werden. Es handelt sich hierbei um Schmerzrezeptoren, die aus freien Nervenendigungen bestehen. Diese nehmen die Schmerzreize auf und wandeln es in elektrische Signale um, welche über Nervenbahnen in das zentrale Nervensystem geleitet werden. Diese lassen sich wiederum nach der Lokalisation, den somatischen und viszeralen Nozizeptorschmerzen unterscheiden (Wüller, Krumm, Hack & Reineke-Bracke, 2014, S. 103).

Die somatischen Nozizeptorschmerzen entstehen in der Haut, dem Skelett, der Skelettmuskulatur, den Sehnenfaszien und den Gelenken. Der Entstehungsort lässt sich weitestgehend genau bestimmen. Diese Art von Schmerzen werden als hell, bohrend und

scharf empfunden (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 150). Ursache können Knochenmetastasen und Tumorinfiltrationen der Weichteile sein (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 150).

Viszerale, also von den inneren Organen kommende Schmerzen, sind weniger gut lokalisierbar. Sie werden als kolikartig, dumpf, drückend und dunkel beschrieben (Wüller, Krumm, Hack & Reineke-Bracke, 2014, S. 104). Bei diesem Schmerztyp liegt die Ursache in einer Kapselspannung innerer Organe (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 150).

Nerven- bzw. neuropathische Schmerzen entstehen bei direkter Schädigung des Nervengewebes und unterscheiden sich somit in der Entstehung von den Nozizeptorschmerzen. Hierbei kann sowohl das zentrale Nervensystem als auch periphere Nerven betroffen sein. Schmerzen dieser Art werden als einschließend, blitzartig, brennend und kribbelnd geschildert und gehen oft mit Gefühlsstörungen einher. (Wüller, Krumm, Hack & Reineke-Bracke, 2014, S. 104). Ausgelöst werden diese Missempfindungen durch Tumorkompressionen oder eine Infiltration von Intercostalnerven durch ossäre Metastasen (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 150).

5 Ätiologische Klassifikation (Theresa Schlegel)

Des Weiteren werden Krebschmerzen nach ihrer Kausalität klassifiziert, die sich in tumorbedingte, therapiebedingte und tumorunabhängige Schmerzen unterscheiden (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 148).

Der tumorbedingte Schmerz entsteht durch Tumorwachstum, Metastasierung, Tumorkompression und -infiltration in Nerven, Rückenmark, Blutgefäße und Weichteile mit resultierenden Entzündungen, Ulzerationen und Nekrosen. Weiterhin kann ein Tumorbefall des Skelettsystems und der abdominalen Organe die Ursache sein. (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 148)

Der therapiebedingte Schmerz kann als Folge einer tumorspezifischen Therapie, besonders nach operativen Eingriffen, auftreten. Außerdem kann diese Schmerzart als Nebenwirkung bei einer Chemo- oder Zytostatikatherapie sowie nach Steroideinnahme hervorgerufen werden. Auch weitere Behandlungen, wie die Bestrahlung, können zu unerwünschten Folgen führen (Mukositis mit Schleimhautdefekten, Ulzerationen im Mund-/ Rachenraum und im Gastrointestinaltrakt, Plexus brachialis, -lumbosacralis). Knochenmarkspunktionen oder -biopsien als diagnostische Verfahren können ebenfalls diese Art von Schmerzen auslösen. (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 149)

Der tumorunabhängige Schmerz steht in keinem kausalen Zusammenhang mit der onkologischen Erkrankung. Der Ausschluss von tumorbedingten Schmerzen ist mittels Differenzialdiagnostik erforderlich (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 150).

Eine weitere Form nennt sich tumorassoziierter Schmerz, der nicht auf die direkte Tumorerkrankung oder deren onkologische Therapie zurückzuführen ist. Vielmehr sind, unter diesem Ausdruck Folgeerkrankungen, wie Herpes- zoster, Dekubitalulzera oder Muskelspasmen zu verstehen. (Aulbert, Nauck & Radbruch, 2012, S. 150)

6 Schmerzindikatoren (Theresa Schlegel)

Anzeichen von Schmerzen können auf verschiedene Weise wahrgenommen werden. Nicht nur die verbale Kommunikation, sondern sowohl die nonverbale Kommunikation als auch die Beobachtungsfähigkeit, spielen hier eine große Rolle. (Carr & Mann, 2010, S. 62)

6.1 Formen der Schmerzeinschätzung

Die genaueste Form und nach Möglichkeit die erste Wahl der Schmerzeinschätzung, ist die verbale Kommunikation zwischen der Pflegeperson und dem Klienten.

Wenn eine verbale Kommunikation nicht möglich oder von dem Betroffenen verweigert wird, liegt es in der Verantwortung der Pflegekraft, sichtbare und physikalische Anzeichen von Schmerz zu erfassen. Häufig machen Klienten unkorrekte Angaben über das Schmerzempfinden, aus Furcht vor dessen Bedeutung und Konsequenzen. Eine Möglichkeit zur optischen Erfassung von Schmerzen ist die Beobachtung von Körpersprache. Diese kann sich in Form von Schonhaltung, eingeschränkter Beweglichkeit, Schutz von Körperteilen oder Unruhe ausdrücken. Weiterhin kann die Pflegeperson oft an der Mimik erkennen in wie weit die Schmerzen für den Klienten belastend sind. Ausdrücke wie Grimassen, angespannte Kiefermuskulatur, zusammengekniffene Augen, erhöhter bzw. verminderter Augenkontakt oder Tränen können Anzeichen von Schmerzen sein. Eine weitere Möglichkeit der Schmerzerfassung besteht in dem Wahrnehmen von verbalen Ausdrücken, wie Stöhnen, Weinen, Stottern, veränderter Tonlage oder fluchende Ausrufe. Auch ein Distanzverhalten, z.B. Isolation, still werden und Apathie, können ein Hinweis auf die Intensität der Schmerzen sein. Außerdem können Gefühle, geäußert durch wütendes, trauriges oder sorgenvolles Aussehen, auf das Unwohlsein eines Menschen hindeuten. Andere Anzeichen für empfundene Schmerzen können fehlendes Interesse an dem Umfeld, der Nahrung und Schlaflosigkeit sein. Bei chronischen Schmerzen fehlt oft ein offensichtliches Schmerzverhalten. (Carr & Mann, 2010, S. 62-66)

Unterstützend können physiologische Anzeichen als Merkmale der Schmerzerfassung hinzugezogen werden. Veränderte Vitalzeichen und Atmung, Schwitzen sowie Blässe sind

Indikatoren, welche die Schmerzintensitäten beschreiben können. Hilfreich kann die Beobachtung neurologischer Anomalien, Temperatur- und Hautfarbenveränderung sowie Muskelspasmen und unterschiedlich große Gliedmaßen, aufgrund von Muskelschwund sein. (Carr & Mann, 2010, S. 63)

Fallbeispielbezug:

Aufgrund der späten Diagnostik und der damit verbundenen Schmerztherapie, hat Frau Müller die anfangs akuten Schmerzen lange Zeit ertragen. Somit hat sich ein „Schmerzgedächtnis“ entwickelt und ihre Schmerzen haben sich demzufolge chronifiziert.

Weiterhin leidet Frau Müller immer wieder unter Durchbruchsschmerzen, die von einer Armfraktur und der Verlegung eines Teils des rechten Lungenflügels ausgelöst werden. Diese Komplikation war, unter Anderem, ein Grund für die Entscheidung ein Hospiz aufzusuchen.

Da bei Frau Müller Knochenmetastasen im rechten Arm vorhanden sind, hat sie mit den bohrenden Schmerzen, die von den somatischen Nozizeptoren der Knochen herrühren, zu kämpfen.

Außerdem treten viszerale Nozizeptorschmerzen bei Frau Müller, infolge der Lungenmetastasen und der damit verbundenen Kapselspannung im rechten Lungenoberlappen und in der Lungenspitze auf.

Des Weiteren infiltrieren Metastasen der rechten Rippen mehrere Intercostalnerven, woraufhin es bei Frau Müller einer Schmerztherapie gegen die einschießenden, brennenden Nerven- bzw. neuropathischen Schmerzen bedarf.

Tumorbedingte Schmerzen entstehen bei Frau Müller infolge des Mamma-Ca-Wachstums, der Metastasen im rechten Arm und in den Rippen sowie durch die Infiltration in die Intercostalnerven.

Die Bestrahlung der Knochenmetastasen hat zu Schäden des Plexus Brachialis im rechten Arm und den damit verbundenen therapiebedingten Schmerzen geführt.

Frau Müller leidet seit Jahren an Migräne und hat auch während des Aufenthaltes im Hospiz, immer wieder Migräneanfälle. Um entwickelte Hirnmetastasen ausschließen zu können, findet jedes Mal eine Differenzialdiagnose mittels neurologischer Tests, statt. Aufgrund des schlechten Allgemeinzustandes, hat sich Frau Müller mit dem behandelnden Arzt, diesbezüglich gegen weitere Diagnostik entschieden.

Die Mobilität von Frau Müller ist sehr eingeschränkt, deshalb verbringt sie die meiste Zeit im Bett oder in ihrem Sessel. Von dem vielen Liegen und Sitzen, hat sich im Verlauf ein Dekubitus zweiten Grades entwickelt, der noch zusätzliche tumorassoziierte Schmerzen hervorruft.

Über die verbale Kommunikation mit Frau Müller kann Anfangs eine optimale Schmerzeinschätzung und Therapieanpassung stattfinden. Im späteren Verlauf muss die Bezugspflegeperson mehr auf ihre Beobachtungsfähigkeit zurückgreifen. Der Zustand von Frau Müller lässt es nur noch selten zu, ein Gespräch zu führen. Nun ist die genaue Beachtung von Körperhaltung, Mimik und Gestik sowie der Gemütsverfassung von hoher Wichtigkeit.

Die Schmerzausdrücke von Frau Müller sind nicht offensichtlich und daher schwer einzuschätzen. Im Laufe der Zeit hat die Pflegekraft herausgefunden, dass Desinteresse an der Umwelt, Apathie, Appetitlosigkeit und mangelnder Schlaf Anzeichen für ein erhöhtes Schmerzempfinden bei Frau Müller sind.

Die Krankenbeobachtung und Vitalzeichenmessung der Bezugspflegeperson finden zwei Mal am Tag und nach Bedarf statt, um Veränderungen der Schmerzen zu erfassen.

7 Schmerzassessment (Claudia Schulze Everding)

Das deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) hat im Februar 2014 den Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen überarbeitet. Nach der Definition des DNQP (2014) enthält ein Standard ein bestimmtes Leistungsniveau und die Forderung nach dessen Operationalisierung, was bedeutet, dass dieses Leistungsniveau messbar und damit überprüfbar sein muss. Nach diesen Richtlinien erstellen die Einrichtungen ihre Pflegestandards.

Durch den chronischen Schmerz werden die Lebensqualität und die Lebenssituation vom Betroffenen und ihren Angehörigen beeinträchtigt. Durch ein individuelles Schmerzmanagement wird den Betroffenen und ihren Angehörigen interprofessionell Unterstützung angeboten. (DNQP, 2014)

In dem Expertenstandard Schmerzmanagement (siehe Tabelle 1) wird auf der ersten Ebene die Schmerzeinschätzung beschrieben; untergliedert in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. (DNQP, 2014)

Tabelle 1: Auszug aus dem Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. (DNQP, 2014)

Strukturqualität	Prozessqualität	Ergebnisqualität
S1a Die Pflegekraft verfügt über das notwendige Wissen zur systematischen Schmerzeinschätzung.	P1 Die Pflegekraft erhebt zu Beginn des pflegerischen Auftrags, ob der Patient/Betroffene Schmerzen oder schmerzbedingte Probleme hat, wiederholt dies in individuell festzulegenden Zeitabständen (...) führt	E1 Eine aktuelle, systematische Schmerzeinschätzung und Verlaufskontrolle liegen vor.

<p>S1b Die Einrichtung verfügt über aktuelle, zielgruppen-spezifische Einschätzungs- und Dokumentations-instrumente.</p>	<p>bei festgestellten Schmerzen oder schmerzbedingten Problemen eine systematische Schmerz-Ersteinschätzung mittels geeigneter Instrumente durch (...) wiederholt die Einschätzung der Schmerzintensität sowie der schmerzbedingten Probleme in Ruhe und bei Belastung/Bewegung in individuell festzulegenden Zeitabständen.</p>	
---	--	--

7.1 Definition von Assessments

Eine eindeutige Definition zum Thema Assessment besteht in der Literatur nicht. Im Zusammenhang mit dem Assessment werden aber die Verben beobachten, einschätzen und bewerten gebracht. Durch die konkreten Vorgaben werden systematisch die Beobachtungen objektiviert, jedoch äußert die Fachexpertise, dass subjektive Einschätzungen in die Bewertung miteinfließen. Besendorfer zitiert Bartholomeyczik (2007, S. 212), die standardisierte Instrumente als „ein thematisch begrenzter und feststehender Komplex an Items mit feststehenden Antwortmöglichkeiten gemeint, die zur Auswertung in Zahlen umgesetzt werden“ (Bartholomeyczik, 2007, S. 212) definiert. (Besendorfer, 2009, S. 55)

7.2 Gründe für Assessmentinstrumente

Bei der Einführung von neuen Instrumenten stößt die Debatte auf, ob die Notwendigkeit eines Assessments besteht. Durch die systematische Erfassung des Schmerzes kann ein individuelles Schmerzmanagement angewendet werden. Es dient als Grundlage für die pflegerischen und medizinischen Tätigkeiten sowie der sachgerechten Risikoerkennung. Die Dokumentation der Schmerzeinschätzung kann als Begründung der weiterführenden Handlungen sowie die Möglichkeit der Vergleichsbeschreibung und Verlaufskontrolle genutzt werden (Besendorfer, 2009, S. 55-56). Der effizientere Umgang mit dem Schmerzassessment gewährt qualitative Pflege sowie Vermeidung von Frustration aller Beteiligten. Carr & Mann (2010, S. 59) beschreiben Vorteile eines einheitlichen Schmerzassessments:

- ➔ Für Klienten bietet das Assessment die Gelegenheit, ihren Schmerzen zum Ausdruck zu bringen.
- ➔ Klienten fühlen sich umsorgt und verstanden, wenn das Pflegepersonal Interesse an ihrem Schmerz aufbringt.
- ➔ Durch die Anwendung des Schmerzassessment entwickelt sich stetig eine innige Beziehung zwischen Pflegepersonal und Klient.

- ➔ Die Klienten empfinden sich als aktiver Partner in ihrem Schmerzmanagement durch die zugesprochene Mitsprache und Entscheidungsgewalt.
- ➔ Für das Pflegepersonal bietet die Dokumentation der Ergebnisse des Schmerzassessment eine rechtliche Absicherung. Sie verdeutlicht die Durchführung, Ergebnisse sowie die Wirksamkeit, Nebenwirkungen oder das Versagen der Medikamenten bzw. Therapien. Folglich dient das Assessment als Evaluationsmöglichkeit ihrer Behandlung.
- ➔ Eine Überdosierung von Medikamenten wird verringert, durch die regelmäßige Erfassung des Schmerzes.
- ➔ Bei der Behandlung des Klienten innerhalb eines interdisziplinären Teams, unterstützt es als Kommunikationshilfe für die Fachkräfte.

7.3 Grundsätze von Assessments

Bei der systematischen Einschätzung des Schmerzes sollte Selbst- vor Fremdeinschätzung erfolgen. Da der Schmerz ein subjektives Empfinden ist, sind die Selbsteinschätzungen meistens zuverlässiger als die Fremdeinschätzungen. (DNQP, 2011, S. 26)

Damit die Pflegekräfte bzw. Ärzte die Schmerzassessments auswählen, anwenden und auswerten können, benötigen sie aktuelles Wissen darüber. Sie sollten Kenntnisse über die altersgerechte Kommunikationsfähigkeit der Patienten haben bezüglich der Schmerzeinschätzung und Schmerzkommunikation. Darüber hinaus sollten sie aller Art der Schmerzeinschätzung und Schmerzkommunikation kennen und erkennen können. Zusätzlich sollten sie die Risikofaktoren der Schmerzwahrscheinlichkeit abschätzen können sowie die angemessene Auswahl und Anwendung der Instrumente. (DNQP, 2011, S. 26-27)

Carr & Mann (2010, S. 60) führen den Gesichtspunkt der aktiven Herangehensweisen bezüglich der Schmerzeinschätzung an. Da der Schmerz ein subjektives Empfinden des Klienten darstellt, ist eine Kommunikation zwischen Pflegepersonal und Klienten unabdinglich. Bereits bei der Aufnahme bzw. in der Erstuntersuchung sollte ein Gespräch bezüglich des Schmerzempfinden, der Schmerzerfahrungen und dem Umgang mit Schmerzen erfolgen. Hierbei werden dem Pflegepersonal die Erwartungen und Wünsche des Klienten bezüglich des Schmerzmanagement offenbart. Ferner können falsche Vorstellungen und Ängste geklärt werden. Das Pflegepersonal verdeutlicht die Möglichkeiten der Schmerztherapie und ermittelt die Fähigkeiten des Klienten zur Schmerzeinschätzung. Bei Äußerung von Schmerzen, bei unweigerlich zu Schmerzen führenden Erkrankung bzw. Untersuchung sowie vor und nach einer Operation sollte ein erneutes Schmerzassessment erfolgen. (Carr & Mann, 2010, S. 60-61)

7.4 Arten von Assessments

Im Expertenstandard „Schmerzmanagement in der Pflege“ wird der Einsatz von zielgruppenspezifischen Instrumenten für die initiale und differenzierte Schmerzeinschätzung aufgeführt. Hierbei handelt es sich um Instrumente zur Selbst- oder Fremdeinschätzung. (DNQP, 2014)

7.4.1 Initiale und differenzierte Schmerzassessments

Um den notwendigen Umfang der Schmerzerfassung zu unterscheiden, unterteilt man die Assessments in initiale und differenzierte Schmerzassessments. Initiale Assessments werden bei jedem Patienten während der Aufnahme angewendet. Aspekte, wie zum Beispiel Schmerzintensität, Schmerzfrequenz, Schmerzlokalisierung und Schmerzqualität werden erfragt. Danach wird die entsprechende Schmerztherapie verwendet. Später erfolgt die weitere Informationssammlung. Ausnahme der Anwendung der Assessments sind physiologische Instabilitäten und Notfallsituationen. Bei differenzierten Schmerzassessments handelt es sich um eine ausführliche Schmerzanamnese und die Messung der Schmerzintensität. Die Messung erfolgt je nach Zustand des Patienten durch ein Instrument zur Selbst- oder Fremdeinschätzung. Das DNQP (2011, S. 69) empfiehlt je nach Anlass der Schmerzverlaufskontrolle eine zeitliche Verlaufskontrolle (siehe Tabelle 2):

Tabelle 2: *Empfohlene Zeitintervalle je Anlass der Schmerzverlaufskontrolle.* (DNQP, 2011, S. 69)

Anlass der Schmerzverlaufskontrolle	Empfohlene Zeitintervalle
Parenteral oder intravenös Schmerztherapie	Nach 30 Minuten
Oral Schmerztherapie	Nach 60 Minuten
Nicht- medikamentöse Schmerztherapie	Vor der Maßnahme und 30 bis 60 Minuten nach der Maßnahme
Operationen	Vor der Operation und alle 2 Stunden postoperativ in den ersten 24 Stunden
Ohne prozeduralen Anlass	Alle 8 Stunden bei kontrollierter Schmerzsituation

7.4.2 Instrumente zur Selbsteinschätzung

Da der Schmerz ein subjektives Empfinden ist, sollte eine Schmerzeinschätzung vom Patienten ausgehen. Einflussfaktoren wie die Schmerzwahrnehmung im Alter, das Geschlecht, frühere Schmerzerfahrungen und kulturelle Hintergründe beeinflussen den Patienten. Das Schmerzverhalten kann unter Umständen nicht den Schweregrad des Schmerzes widerspiegeln, den der Patient empfindet. Vielmehr können Patienten diese Instrumente sabotieren um keine Umstände zu machen. Pflegekräfte bzw. Ärzte müssen diese Aspekte bewusst sein und dokumentieren. (Carr & Mann, 2010, S. 65-66)

- **BPI (Brief Pain Inventory)**

Dieses Assessment dient zur Messung des Schmerzes und der Schmerzfolgen. Der Fragebogenschwerpunkt liegt auf den Schmerzkomponenten und schmerzbedingten Beeinträchtigungen. (Eigenerstellung angelehnt an DNQP, 2014)

- **NRS , VRS, VAS und FPS-R**

NRS (Numerische Rang Skala)

VRS (Verbale Rating Skala)

VAS (Visuelle Analog Skala)

FPS-R (Faces Pain Scale-Revised)

Diese Assessments dienen zur Selbsteinschätzung des Schmerzempfindens. Sie unterstützen den Betroffenen, das Pflegepersonal und die Ärzte das individuelle Schmerzempfinden zu verbalisieren. Je nach Fähigkeiten und Fertigkeiten des Betroffenen wird eine Skala ausgewählt, angeleitet und umgesetzt. (Eigenerstellung angelehnt an DNQP, 2014)

Die NRS ist eine numerische Skala von 0 bis 10; 0 keine Schmerzen, 1-3 wenige Schmerzen, 4-7 mittlere Schmerzen, 8-10 starke Schmerzen. Die VRS ist eine verbale Skala von keinen Schmerzen bis hin zu stärksten vorstellbaren Schmerzen. Die VAS ist eine farbliche, visuelle Skala von keinen Schmerzen bis hin zu stärksten vorstellbaren Schmerzen. Die FPS-R (oder auch Wong Baker scala genannt) ist eine Gesichterskala von keinen Schmerzen bis hin zu stärksten vorstellbaren Schmerzen. Bei einer Verbalisierung von der Stufe 4 oder mäßigen Schmerzen wird eine zusätzliche Schmerzmedikation angeboten. (Eigenerstellung angelehnt an DNQP, 2014)

7.4.3 Instrumente zur Fremdeinschätzung

Zur Fremdeinschätzung kommt es bei Betroffenen, die eine erhebliche Beeinträchtigung ihrer verbalen Auskunftsfähigkeit aufweisen. Durch bestimmte Beobachungskriterien und einem Bewertungsschema kann der Beobachter das wahrgenommene Schmerzempfinden dokumentieren. (Eigenerstellung angelehnt an DNQP, 2014)

- **ZOPA (Zurich Observation Pain Assessment)**

Der ZOPA ist ein Beobachtungsbogen, der in vier Verhaltenskategorien unterteilt ist: Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache und physiologische Indikatoren. Durch die systematische Objektivierung der Merkmale, kann eine angepasste Schmerztherapie erfolgen. (Eigenerstellung angelehnt an DNQP, 2014)

Fallbeispielbezug:

Zu der interdisziplinären Behandlung im Hospiz von Frau Müller wird die Pain Nurse hinzugezogen, da Frau Müller über starke Schmerzen klagt. In einem Gespräch ermittelt die Pain Nurse durch den Fragebogen „Brief Pain Inventory“ die Schmerzstärke und die Schmerzfolgen. Frau Müller klagt über starke Schmerzen im Bereich des Oberkörpers. Weiter schildert sie einen stetigen mäßigen Schmerz am gesamten Körper. Die stärksten Schmerzen stuft sie in der numerischen Skala bei 10 ein, die geringsten Schmerzen bei 5. Weiter erfragt die Pain Nurse anhand des Bogens die Schmerztherapie, die aus einer medikamentöse (Novalminsulfon) und einer nicht-medikamentösen Behandlung (Wärmeanwendung, Atemtherapie, Ablenkung durch Musik, Fernsehen & Besuch) besteht. Frau Müller empfindet die momentane Schmerztherapie nur zu 30 % schmerzlindernd. Bei den Fragen, wie stark die Schmerzen sie in den letzten 24 Stunden beeinträchtigt haben, beantwortet sie in allen Bereichen (Allgemeine Aktivitäten, Stimmung, Gehvermögen, normale Arbeit, Beziehung zu anderen Menschen, Schlaf und Lebensfreude) im oberen Drittel (→ ständige bis vollständige Beeinträchtigung). Hier fällt vor allem die vollständige Beeinträchtigung im Bereich des Gehvermögens und der normalen Arbeit auf. Frau Müller erzählt von Schmerzspitzen während der Mobilisation zur Toilette und beim Waschen sowie beim Aufräumen des Zimmers. Mit den Ergebnissen des Fragebogens „Brief Pain Inventory“ und den Ergänzungen von Frau Müller entwickelt die Pain Nurse in Absprache mit dem behandelten Arzt eine individuelle Schmerztherapie. Im interdisziplinären Team wird die Veränderung bekanntgegeben und Frau Müller mitgeteilt. (Eigenerstellung im Anhang)

Täglich nutzen die Pflegekräfte und Ärzte eine Skala zur Schmerzstärkenerfassung. Diese erfolgt mehrmals am Tag. Bei der Auswahl der Skala, achtet das Personal auf die Verfassung von Frau Müller. Die numerische Skala ist die bevorzugte Methode. Frau Müller beurteilt ihre momentane Schmerzstärke in Ruhe bei 7, bei Belastung bei 8. Zusätzlich werden ihr weitere Schmerzreduzierende Maßnahmen angeboten. An einem anderen Tag ist Frau Müller körperlich und psychisch niedergeschlagen. Sie kann die Schmerzeinschätzung durch die numerische Skala sowie durch die visuelle analoge Skala nicht umsetzen. Deshalb nutzt das Personal die verbale Skala oder Wong Baker scala. Durch diese Skalen kann Frau Müller ihre sehr starken Schmerzen vermitteln. (Eigenerstellung im Anhang)

Bedingt durch die Verschlechterung des Zustandes von Frau Müller entscheidet sich das Team für eine Anpassung des Schmerzinstrumentes. Frau Müller weist erhebliche Beeinträchtigung in ihrer verbalen Mitteilungsfähigkeit auf. Sie ist zeitweise somnolent. Das Team entscheidet sich für die Nutzung des ZOPA Bogens. Hierbei beobachtet die Gesundheits- und Pflegefachkraft, dass Frau Müller leise stöhnt und ihr Gesichtsausdruck gequält ist. Sie presst ihre Zähne zusammen sowie ihre Augen. Ihre Muskeln sind angespannt und die Vitalzeichen

sind erhöht (RR 170/ 100, Puls 92). Sie hyperventiliert kurzzeitig für etwa zwei Minuten. Bedingt durch die angespannte Haltung schwitzt sie ein wenig. In Absprache mit dem Arzt verabreicht die Pflegekraft Frau Müller ihre Bedarfsmedikation und führt 45 Minuten später erneut die Einschätzung durch. Hierbei weist Frau Müller keine Auffälligkeiten auf. (Eigenerstellung im Anhang)

7.4.4 Qualitative Studie im Hospiz

Nestler (Paracelsus Medizinische Privatuniversität, Institut für Pflegewissenschaft und-Praxis, Salzburg, Österreich) untersuchte qualitativ die Veränderungsnotwendigkeit des Schmerzassessments in Hospizen. Ihre Forschungsfrage lautet (Nestler, 2014):

„Schmerzmanagement ist bedeutsam in der Palliativversorgung, dennoch tritt Tumorschmerz bei Patienten in Hospizen weiterhin auf. Standards und Leitlinien fordern ein systematisches Schmerzassessment als ersten Schritt. Pflegende in Hospizen erfassen regelhaft Schmerzen ihrer Patienten, wobei diese für Patienten mit Tumorerkrankungen eine multidimensionale Erfahrung darstellt, die nicht limitiert ist auf die physische Dimension. (...).“ (Nestler, 2014)

Das Forschungsprojekt „Aktionsbündnis schmerzfreie Stadt Münster“ erfasste eine qualitative Untersuchung des Schmerzmanagements von zwei Hospizen. Hierfür wurden zwei Gruppendiskussionen mit je 12 Pflegekräften und zwei semistruktuelle Patienteninterviews durchgeführt. Die inhaltsanalytische Auswertung erfolgte darauf. Aus Sicht der Pflegekräfte ist zum Beispiel die NRS Skala nicht geeignet und ausreichend, da sich die Beobachtungen der erfassten Schmerzen mit den verbalen Schmerzäußerungen widersprechen. Desweiteren weisen die Pflegekräfte daraufhin, dass Schwierigkeiten in der Unterscheidung von physiologischen und psychischen Dimensionen des Schmerzes herrschen. Nestler (2014) äußert als Schlussfolgerung, dass die momentanen Schmerzerfassungsinstrumente nicht ausreichen die verschiedenen Schmerzdimensionen erfassen. Somit kann ein effektives Schmerzmanagement nur beschränkt umgesetzt werden. Ferner wurden die Ergebnisse dargestellt, um an möglichen Lösungsansätzen zu arbeiten.

8 Ziele eines fundierten Schmerzmanagements (Claudia Schulze Everding)

Etwa 20-30% der Sterbenden erhalten keine angemessene Schmerztherapie in der letzten Lebensphase aufgrund von mangelnder ärztlicher Ausbildung, restriktiven Gesetzgebungen sowie bestehenden Vorurteilen. Durch die rechtlichen Schwierigkeiten bei der medikamentösen Schmerztherapie wird die nicht- medikamentöse Therapie, die wichtig für die Behandlung von

chronischen Schmerzen ist, vernachlässigt. Grundsätzlich sollte man die vier Dimensionen menschlicher Existenz beachten (Student, Mühlum & Student, 2004, S. 39):

→ Leiblichkeit

„Gute körperliche Schmerztherapie ist deshalb Voraussetzung für die Wahrnehmung und damit Bewältigung von Schmerzen jenseits der Körperlichkeit.“ (Student, Mühlum & Student, 2004, S. 39)

→ Sozialität

„Schmerzen kann ein Mensch auch dann empfinden, wenn im sozialen Gefüge etwas schmerzhaft in Unordnung geraten ist.“ (Student, Mühlum & Student, 2004, S. 40)

→ Geistigkeit

„Nur wo es gelingt, den schmerzhaften Prozess einer Aussprache zuzulassen und zu durchleiden, kann schließlich auch das andere glaubwürdig geschehen: die Entdeckung, wie viel Liebe dem Sterbenden galt und gilt, Liebe, die oft unter Schuld-, Scham- und Wutgefühlen verschüttet war.“ (Student, Mühlum & Student, 2004, S. 40)

→ Spiritualität

„Durch die Infragestellung der eigenen Person wird deutlich, dass Schmerzen in ihrer Mehrdimensionalität nie nur ein individuelles Geschehen ist, sondern stets auch ein sozialer Prozess.“ (Student, Mühlum & Student, 2004, S. 40)

Durch diese Sichtweise der vier menschlichen Dimensionen lässt sich die individuelle Schmerztherapie ableiten. Sie sollte nicht nur körperlich befriedigend sein, sondern auch über Beratung und Begleitung des Sterbenden und deren Angehörigen erfolgen. (Student, Mühlum & Student, 2004, S. 39-40) Weiteres wird im Total Pain Konzept erläutert.

Das Ziel des Schmerzmanagements im Hospiz ist die Schmerzfreiheit des Bewohners auf allen menschlichen Ebenen. Die Schmerzfreiheit fördert den Krankheitsverlauf und beeinflusst die psychische Stabilität. Durch den konstanten Wirkstoffspiegel im therapeutischen Bereich wird das Wiederauftreten der Schmerzen verhindert. Die Pflegekräfte nehmen die Beschwerden der Bewohner ernst und handeln individuell auf ihre Bedürfnisse. (Klugkist, 2008)

9 Medikamentöse Schmerztherapie (André Schiefelbein)

In der Palliativmedizin ist die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Lebensqualität des Klienten sowie für die Angehörigen eines der obersten Ziele. Vor allem der Schmerz, als häufigstes Symptom in Palliativsituationen, spielt dabei eine übergeordnete Rolle. Damit die Lebensqualität positiv beeinflusst werden kann ist eine medikamentöse Schmerztherapie meist unausweichlich (Zeyen Käch & Kammermann, 2008, S. 159-160).

Grundsätzlich sind bei der medikamentösen Schmerztherapie einige wichtige Aspekte zu beachten. Anfangs ist eine differenzierte Aufklärung der geplanten Schmerztherapie mit dem Klienten erforderlich, damit eine Mitgestaltung und Mitbestimmung seitens des Klienten gewährleistet ist. Darüber hinaus wird während der medikamentösen Schmerztherapie ein gleichmäßiger Wirkstoffspiegel angestrebt, wodurch die Einhaltung einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme, anhand eines konkreten Zeitschemas, einer besonderen Bedeutung zukommt. Damit können zudem die Schmerzspitzen vermieden werden. Die individuelle und kontinuierlich angepasste Dosierung stellt einen weiteren wichtigen Aspekt dar. Vor allem eine verordnete Reservedosis der Schmerzmedikation ist empfehlenswert, damit eine zügige Linderung für den Klienten bei Durchbruchschmerzen sichergestellt werden kann. Besonders diese Art des Schmerzes hat eine hohe Einschränkung der Lebensqualität zur Folge, da Klienten durchgehend Angstzustände durchleben müssen. (Nagele & Feichtner, 2012, S. 169-170)

Schmerzen, die durch Karzinome und Metastasen ausgelöst werden, haben eine weite psychische Dimension und erinnern den Klienten häufig an die Existenz und das Voranschreiten seiner Erkrankung. Dies geht häufig mit Hoffnungslosigkeit und der existenziellen Angst vor dem Tod einher. Als Folge verstärken diese Aspekte die Schmerzen wiederum. (Sorge, 2012, S.146)

9.1 Stufenschema der WHO zur Schmerzbehandlung

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) empfiehlt ein dreistufiges Schema (Abbildung 1) zur Schmerzbehandlung (Schmidt, 2014, S. 306).

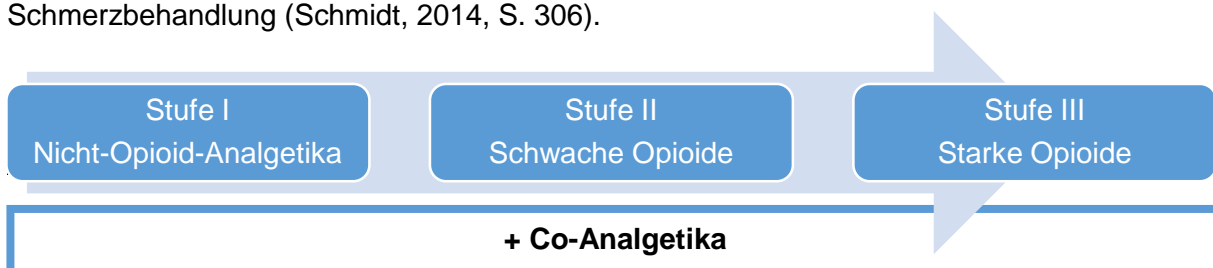


Abbildung 1: Stufenschema zur Schmerzbehandlung (in Anlehnung an Schmidt, 2014, S. 170)

9.1.1 Nicht-Opioid-Analgetika

Zur Stufe I zählen Medikamente für geringere Schmerzen, die „[...] eine analgetische (schmerzstillende), antipyretische (fiebersenkende), antiinflammatorische (entzündungshemmende) und/ oder spasmolytische (krampflösende) Wirkung [...]“ (Nagele & Feichtner, 2012, S. 170) haben. Dazu zählen beispielsweise Metamizol, Diclofinac, Ibuprofen und Paracetamol (Carr & Mann, 2009, S. 139-141).

ACC, Diclofinac, Ibuprofen und Paracetamol gehören zu den Nichtsteroidalen entzündungshemmenden Substanzen (NSA). Sie hemmen die körpereigenen Prostaglandinsynthese meist direkt am Ort der Beschädigung und „[...] rufen schon nach einer einmaligen Dosis eine Analgesie hervor“ (Carr & Mann, 2009, S. 139-140). Zwei Arten von NSA dürfen jedoch keinesfalls zusammen verabreicht werden, da sonst die Nebenwirkungen sehr stark ausfallen können. (Carr & Mann, 2009, S. 139-140)

Darüber hinaus ist bei den Medikamenten der Stufe I besonders der Ceiling-Effekt bzw. Sättigungseffekt zu berücksichtigen. Damit sind die Eigenschaften einiger Wirkstoffe gemeint, die bei einer Dosiserhöhung eine Zunahme der Wirkung vermeiden, jedoch zu einem vermehrten Auftreten der Nebenwirkungen führen können. (Nagele & Feichtner, 2012, S. 170)

9.1.2 Schwache Opioid

Reicht die schmerzstillende Wirkung der opioidfreien Analgetika nicht mehr aus, können zusätzlich Medikamente der Stufe II hinzugezogen werden (Nagele & Feichtner, 2012, S. 170). Dabei handelt es sich um schwache Opioid wie Tramadol, Codein und Dihydrocodein (Carr & Mann, 2009, S. 143-144).

9.1.3 Starke Opioid

Wird eine unzureichende Wirkung des schwachen Opioids der Stufe II und dem Basisanalgetikum der Stufe I festgestellt, kommt die Verwendung eines starken Opioids zu Stande (Nagele & Feichtner, 2012, S. 171). Dazu zählen unter anderem Morphin, Oxycodon, Fentanyl, Methadol und Buprenorphin (Carr & Mann, 2009, S. 145-149).

Eine Kombination zwischen schwachen und starken Opioiden ist nach Nagele & Feichtner (2012, S. 171) zu vermeiden. Sinnvoll ist das verabreichen eines opioidfreien Analgetikums mit einem schwachen oder einem starken Opioid (Nagele & Feichtner, 2012, S. 171).

Opioid knüpfen sich an die Opioidrezeptoren des zentralen Nervensystems und der peripheren Organe. Zwei Eigenschaften sind dabei für die Opioidwirkung entscheidend. Die *Affinität zum Rezeptor* bestimmt die Bindungsstärke des Opioids zum Rezeptor. Die *intrinsische Aktivität*

ermöglicht es, den inaktiven Zustand des Rezeptors in einen aktiven Zustand umzuwandeln. (Nauck & Radbruch, 2012, S. 180-181)

9.2 Co-Analgetika

Unter Co-Analgetika verstehen sich Substanzen, die eine schmerzlindernde Wirkung bei bestimmten Krankheitsbildern und Umständen hervorrufen, jedoch nicht zu den Analgetika zählen (Carr & Mann, 2009, S. 185).

9.2.1 Antidepressiva

Die schmerzlindernde Wirkung von Antidepressiva entsteht durch die ansteigende Neurotransmitteraktivität in den Synapsen der körpereigenen Schmerzhemmung. Häufig werden Antidepressiva bei chronisch-neuropathischen Schmerzen eingesetzt. Bei der Verwendung sollte vor Allem die sedierende Wirkung beachtet werden (Carr & Mann, 2009, S. 185). Zu den trizyklischen Antidepressiva zählen beispielsweise Doxepin und Venlafaxin (Nauck & Radbruch, 2012, S. 192).

9.2.2 Kortikosteroide

Kortikosteroide (z.B. Dexamethason) eignen sich unter anderem besonders für fortgeschrittene Tumorschmerzen. Sie üben eine antiphlogistische Wirkung aus, sodass die Konzentration an schmerzauslösenden Substanzen gesenkt wird (Carr & Mann, 2009, S. 187). Carr & Mann (2009, S. 187) gehen des Weiteren von einer ödemreduzierenden Wirkung aus, die das Entlasten der schmerzempfindlichen Strukturen zur Folge hat.

9.2.3 Bisphosphonate

Die Behandlung mit Bisphosphonate (z.B. Zoledron- oder Clodronsäure) dient zur Linderung bei Knochenschmerzen. Die schmerzlindernde Wirkung wird durch die Verringerung des Knochenabbaus erreicht. (Carr & Mann, 2009, S. 188).

9.3 Adjuvantien

Die Nebenwirkungen von einigen Analgetika und den meisten Opioiden sind umfassend. Damit diese möglichst vermieden und reduziert werden ist eine zusätzliche Therapie mit Adjuvantien unumgänglich. (Schmidt, 2013, S. 306)

9.3.1 Laxantien

Die Obstipation ist eine sehr häufige Nebenwirkung von Opioiden. Sie entsteht durch eine gehemmte Kontraktion des Darms mit einhergehendem Peristaltikrückgang. Ausgelöst wird die gehemmte Kontraktion durch die Bindung des Opioids an die Opioidrezeptoren im Darm.

Aufgrund des häufigen Vorkommens von Obstipationen werden Laxantien (z.B. Movicol oder Macrogol) routinemäßig verabreicht. (Nagele & Feichtner, 2012, S. 174)

9.3.2 Antiemetika

Übelkeit und Erbrechen sind zwei weitere Nebenwirkungen die bei 1/5 der Klienten mit Opioid-Therapie vorkommen. Präventiv werden häufig Antiemetika für ca. 10 Tage verabreicht (Nagele & Feichtner, 2012, S. 174), damit eine Blockade der Neurotransmitter an den Rezeptoren im Gastrointestinaltrakt, der Chemorezeptorentriggerzone und dem Brechzentrum erreicht wird (Schmidt, 2013, S. 318).

9.4 Weitere Nebenwirkungen der Opioidtherapie

Neben Übelkeit, Erbrechen und Obstipation gibt es viele weitere Nebenwirkungen einer Opioidtherapie.

9.4.1 Fatigue

Die Fatigue kommt besonders häufig bei Tumorerkrankten Klienten vor, die mit Opioiden eingestellt sind. Sie kann als subjektives Gefühl unüblicher Müdigkeit beschrieben werden (Schmidt, 2013, S. 310). Die Fatigue besteht ein bis zwei Wochen und vergeht meist wieder selbständig, da oftmals eine Schlafstörung auf Grund der vorangegangenen Schmerzen vorliegt (Nagele & Feichtner, 2012, S. 174).

9.4.2 Atemdepression

Eine Atemdepression ist im Allgemeinen bei schmerzfreien, gesunden Menschen durch eine Opioidaufnahme möglich. Da Schmerzen einer Atemdepression physiologisch entgegenwirken ist diese bei Klienten mit Schmerzen eher unwahrscheinlich. Liegen jedoch weitere Faktoren wie beispielsweise Lungenerkrankungen, Herzerkrankungen oder Tumore vor, können diese im Zusammenspiel mit Opioiden zu einer Atemdepressionen führen. Entsteht eine Atemdepression, kann die Opioidwirkung mittels Naloxon, der Antagonist von Opioiden, behandelt werden. Zu beachten ist dabei, dass die Opioidwirkung aufgehoben wird und es zu Durchbruchschmerzen kommen kann. (Nagele & Feichtner, 2012, S. 173)

Fallbeispielbezug:

Im Aufnahmegespräch des Hospizes erfährt der Arzt, dass Frau Müller bereits zu Hause mehrere Wochen/ wenige Monate schmerzen verspürte, diese jedoch nicht wahrhaben wollte. Zu dem damaligen Zeitpunkt hatte sie jeden Tag insgesamt vier Paracetamol Tabletten eingenommen, wodurch ihre Schmerzen einigermaßen erträglicher wurden. (Eigenerstellung)

Aus dem Entlassungsbericht des Krankenhauses entnimmt der Arzt, dass Frau Müller eine Schmerztherapie der Stufe 1+2 verabreicht bekommen hat. In der Schmerztherapie des

Krankenhauses wurden Metamizol und Dihydrocodein verwendet. Seit dem hat Frau Müller nur selten Schmerzen. Darüber hinaus sind seit dem Krankenhausaufenthalt Antidepressiva und Bisphosphonate mit in der Therapie aufgenommen worden sowie ein Laxans. (Eigenerstellung)

Nach ca. zwei Wochen verstärken sich die Schmerzen von Frau Müller. Nach Absprache mit dem Arzt einigen Sie sich auf eine Anpassung der Schmerztherapie. Der Arzt entscheidet sich für die Stufe 1+3 und verwendet weiterhin Metamizol, jedoch statt Dihydrocodein, Hydromorphon. (Eigenerstellung)

10 Nicht-medikamentöse Therapie (Annika Malinsky)

Die nicht-medikamentöse Schmerztherapie kann sowohl ergänzend zur medikamentösen Schmerztherapie in der Palliativpflege genutzt werden, als auch „[...] die Methode der Wahl sein.“ (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 30). Der zentrale Punkt ist hierbei der sinnvolle und kombinierte Einsatz verschiedener Therapiemöglichkeiten, um eine ganzheitliche Hilfe für den Klienten gewährleisten zu können. Ein Ausschluss der medikamentösen Therapie bei einer Tumorerkrankung kann jedoch nie erfolgen, da hierbei die Schmerzdimension zu groß ist. Alle Anwendungen sollten jedoch nur von dem Fachpersonal durchgeführt werden, da diese Komplikationen mit sich bringen können. (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 47-49)

10.1 Grundsätze der nicht-medikamentösen Therapie

Bevor jedoch der Einsatz von nicht-medikamentösen Therapien in Anspruch genommen wird bedarf es der Aufklärung und Zustimmung des Klienten und einer vorangegangenen Nutzen-Risiko-Analyse (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 30). Laut Besendorfer (2009, S. 112) sollten Klienten nach einem ausgiebigen Assessment mit einer Schmerzintensität von gleich oder über 3/10 eine nicht-medikamentöse Schmerztherapie erhalten. Wichtig bei einer individuellen, nicht-medikamentösen Schmerzbehandlung ist eine gute Kommunikation, Zusammenarbeit und Therapieplanung im (inter-) disziplinären Team sowie die Selbstmanagementkompetenzen und Ressourcen des Klienten. Falls gewünscht können Angehörigen dabei hinzugezogen werden. (Besendorfer, 2009, S. 112-113; Weissenberger-Leduc, 2008, S. 28)

10.2 Unterteilung der nicht-medikamentösen Schmerztherapie nach Schwermann

Eine aus pflegerischer Sicht ganzheitliche Betrachtungsweise der nicht-medikamentösen Schmerztherapie nimmt Schwermann vor (2009, S. 75). Die Unterteilung der Schmerztherapie erfolgt hier in physikalische, psychologische Behandlungen und komplementäre Verfahren. Die physikalische Behandlung setzt sich unter anderem aus Wärme- und Kälteanwendungen, Vibrationen und Stimulationen sowie aus Massagen, Krankengymnastik und Ergotherapie zusammen. Psychologische Behandlungen bestehen laut Schwermann (2009, S. 75) aus Ablenkung, Entspannung und kognitiven Methoden. Als dritte Säule bilden die Phytotherapie,

Homöopathie und Akupunktur die Basis der komplementären Verfahren (Schwermann, 2009, S. 75).

10.2.1 Kälte- und Wärmetherapie

Die Nutzung von Kälte kann unter anderem bei Tumorerkrankungen zum Einsatz kommen, da Kälte bei akuten Schmerzen anästhesierend wirkt. Die Anästhesierung entsteht peripher durch Zellgefrierung (Besendorfer, 2009, S. 110). Eine alternative Maßnahme hierzu ist die Thermotherapie. Diese unterbricht die Schmerzweiterleitung durch einen Hitzereiz und verhilft so vor allem bei chronischen Schmerzen mit Muskelbeteiligung. Anwendungsarten sind beispielsweise Wärmepacks oder Ölbäder (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 34-35). Wickel, Packungen und Auflagen können sowohl warm als auch kalt angewendet werden (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 46-47).

10.2.2 Vibration und Stimulation

Eine Schmerzlinderung durch Vibration und Stimulation durch Anästhesierung kann mithilfe der basalen Stimulation, als beruhigende Ganzkörperwahrnehmung erfolgen. Mithilfe der basalen Stimulation und der damit einhergehenden Stimulation aller Sinne nehmen Klienten ihren Körper neu wahr. Der Schmerzreiz wird als Folge der Stimulation durch eine Entspannung und Ablenkung als nicht mehr so elementar wahrgenommen. (Student & Napiwotzky, 2007, S. 65, Besendorfer, 2009, S. 110)

10.2.3 Aktive und passive Bewegungsübungen

Aktive Bewegungsübungen sind unter anderem die Mobilisation, Dehnungsübungen und die Progressive Muskelentspannung nach Jacobsen. Mit fortgeschrittener Einbuße von Ressourcen sind passive Bewegungsübungen wie Massagen, Traktion, Unterwassertherapie, Ruhigstellung, schmerzreduzierende Lagerungen sowie isometrische Übungen eine schmerzlindernde Unterstützung (Weissenberger-Leduc zitiert nach Stantejsky, 2008, S. 35). Bewegungsübungen vermitteln ein Körpergefühl, lösen Verspannungen, setzen unterdrückte Gefühle frei, steigern die Durchblutung. Der Schmerz wird differenzierter wahrgenommen und verliert an Elementarität (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 40).

10.2.4 Atemtechniken

Atemtechniken wie die Atemstimulierende Einreibung sind empfehlenswert, da sie beruhigend und entspannend durch bewusstes Atmen indirekt schmerzlindernd wirken (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 44). Atemtechniken sind Methoden, die Klienten nach Anleitung selbstständig bei Schmerzen ausüben können. Der Klient leistet hier zudem seinen eigenen Beitrag zur professionellen Schmerztherapie, immer in Anbetracht seiner Fähigkeiten und Ressourcen (Besendorfer, 2009, S. 111).

10.2.5 Psychische Begleitung und Betreuung

Schmerz besitzt immer eine psychische Dimension, die eine professionelle psychische Betreuung im Sterbeprozess benötigt. Als wesentlicher Bestandteil im Bereich der Psychoonkologie können klientenzentrierte Gespräche, engmaschige Betreuung, Trost und Beistand, Trauerbegleitung, Psychotherapie und Psychometrie angeboten werden. Durch die psychologische Begleitung und Betreuung können Therapieziele zur Schmerzreduktion besser angenommen, Bewältigungsstrategien entwickelt und die eigene Erkrankung besser verstanden werden. (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 37)

10.2.6 Entspannungstechniken

Entspannungsmöglichkeiten zur Schmerzbekämpfung bietet neben der Basalen Stimulation und Massagen gezielt das autogene Training und die Meditation (Schwermann, 2009, S. 75). Bei religiöser Verbundenheit bietet auch das Gebet die Möglichkeit zur Entspannung durch „die Verbindung zur eigenen Seele“ um als kognitive und spirituelle Methode Schmerzen bewältigen zu können (Goldmann-Posch, S.188). Entspannung und Ablenkung können zudem Yoga, Qi-Gong, Hypnose, Biofeedback, Imaginationen, Musiktherapie, Visualisierungs- und Selbstheilungstechniken durch positives Denken bieten (Besendorfer, 2009, S. 109-113, Weissenberger-Leduc, 2008, S. 36-38).

10.2.7 Aromatherapie

Die Aromatherapie wird vor allem in Kombination mit anderen nicht-medikamentösen Therapien praktiziert. Durch die verschiedenartige Nutzung von natürlichen Duftstoffe werden Wohlbefinden und Lebensqualität beim Klienten gesteigert. Dies kann durch die Unterstützung der Selbstheilungskräfte des Körpers sowie ein erhöhtes Output von pflegerischen Tätigkeiten erfolgen. Des Weiteren werden physische und psychische Beschwerden hierbei gelindert. (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 39)

10.2.8 Akupunktur

Komplementäre Verfahren wie die Akupunktur sind bei Tumorerkrankungen gut einsetzbar. Hierbei wird nicht nur der Schmerz durch Endorphin- und Neurotransmitterausschüttung kontrolliert, sondern auch die Schmerzschwelle angehoben, das Immunsystem stimuliert und motorische Bewegungsstörungen reduziert. Eine Sedierung des Klienten bringt zusätzlichen Erfolg. Die Akupunktur mit Nadeln richtet sich nach den Medianen, dem Krankheitsbild und dem individuellen Schmerzerleben aus. (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 34)

10.2.9 Homöopathie

Die Homöopathie nach Hahnemann arbeitet mit dem Einsatz von geringdosierter Substanzen, die den Organismus gezielt stimulieren. Die Selbstheilungskräfte des Körpers können so

aktiviert werden. Der maximale Einsatz von zwei Substanzen, „die nach der Ähnlichkeitsregel ausgesucht werden“ (Weissenberger-Leduc, 2008, S. 34) wird vorgeschrieben.

Fallbeispiel:

Frau Müller erhält wenige Tage nach ihrer Einweisung in das Hospiz eine umfassende Beratung über nicht-medikamentöse Therapiemöglichkeiten zur Schmerzreduzierung und -bekämpfung durch das Pflegepersonal. Nach einer umfassenden Nutzen-Risiko-Analyse werden ihr die verschiedensten Therapiemöglichkeiten vorgestellt und gemeinsam mit der Klientin wird ein individueller Therapieplan erstellt. Da Frau Müller leidenschaftlich gerne Musik hört und auch selber Geige spielt, entscheidet sie sich in erster Linie für die Musiktherapie. Wenn sie Musik höre, so Frau Müller, dann würde sie alles um sich rum vergessen. Eben vielleicht auch den Schmerz. Frau Müller wird durch einen Musiktherapeuten begleitet. Da sie aufgrund der Einschränkungen im rechten Arm eine aktive gerichtete Form der Musiktherapie nicht mehr ausführen kann und auch das Musizieren in einer Gruppe nicht mehr möglich ist, sucht Frau Müller gemeinsam mit dem Musiktherapeuten eine Auswahl von klassischer Musik heraus bei der das Geige spielen im Vordergrund steht. Gerade in starken Schmerzmomenten hilft es Frau Müller wenn durch das Pflegepersonal ihre ausgesuchten Lieblingsinterpreten über CD abgespielt werden. Müller Die Musiktherapie hilft Frau Müller zu entspannen, bietet ihr ein Stück weit Trost und lässt sie zurückblicken auf sorglose Zeiten. Des Weiteren nutzt sie die Kältetherapie in Form von Kühlpacks um vor allem akute Schmerzspitzen in der Brust und im Arm zu reduzieren. Diese helfen ihr auch häufig gegen die Kopfschmerzen. Die Schmerzen in der Wirbelsäule lassen sich ein wenig durch warme Packungen lindern. Gegen die Schmerzen im Brustkorb wendet Frau Müller vor allem bei Schmerzspitzen Atemtechniken an. Mit der Unterstützung des Pflegepersonals erhält sie auf Wunsch eine Atemstimulierende Einreibung. Oft hilft ihr auch das Atmen gegen einen Widerstand. Frau Müller äußert, dass ihr die Atemtechniken die Angst vor den Schmerzen nehme. Gleichzeitig habe sie auch das Gefühl besser atmen zu können, da ihr der Druck auf der betroffenen Körperseite genommen wird. Zur chronischen Schmerzreduzierung nutzt Frau Müller regelmäßig Akupunktur, die durch einen Therapeuten regelmäßig vorgenommen wird. Dem Pflegepersonal fällt auf, dass Frau Müller im Zuge der Akupunktur weniger Schmerzmittel verbraucht und sich auch die Begleitsymptome reduzieren. Die Lebensqualität von Frau Müller steigert sich gerade durch die Kombination aller Therapien deutlich.

11 Patientenedukation (André Schiefelbein)

Patientenedukation umfasst die Patienteninformation, –anleitung und -schulung und hat zum Ziel den Klienten und Angehörige über verschiedenen Möglichkeiten der Interventionen aufzuklären und den Patienten „selbstverantwortlich und aktiv“ (DNQP, 2011) an seinem Schmerzmanagement zu beteiligen. Somit werden die Kompetenzen zur Krankheitsbewältigung des Betroffenen verbessert und erweitert. Die Erfahrungen des Klienten mit der Erkrankung werden erhoben und das Wissen sowie das Gesundheitsverhalten beeinflusst. Vermittlung von Strategien zur Prävention, Behandlung unerwünschter Nebenwirkungen und Aufklärung von Mythen stehen im Zentrum der Edukation (DNQP, 2014).

Wichtig hierbei ist vor allem, falls gewünscht, der Einbezug der Angehörigen damit sich diese ebenfalls aktiv zur Krankheitsbewältigung einbringen können. Voraussetzung für die Durchführung einer Patientenedukation ist eine umfassende Planung durch das Pflegepersonal. Grundlage für die Patientenedukation stellt ein Gespräch mit Angehörigen und Patient dar. In diesem Gespräch wird zuerst der jeweilige Informations-, Anleitungs- und Schulungsbedarf geklärt. Zudem erhält der Patient falls nötig u.a. Informationen über sein Schmerzempfinden, dem Schmerzverlauf, über Ursachen des Schmerzes sowie über die Auswahl möglicher therapeutischer und schmerzlindernder Maßnahmen. Informationsmaterial sollte in schriftlicher Form ausgehändigt werden. Entscheidend ist auch dem Patienten im Gespräch zu vermitteln, dass die Patientenedukation lediglich bei geringer Schmerzwahrnehmung ausgeübt wird um den Patienten nicht unnötig zu belasten. Während des Gesprächs sollte der Behandlungsplan des Patienten mit einbezogen und gemeinsame Ziele festgelegt werden (DNQP, 2011). Die geeignete Schmerzdokumentation, Kenntnisse über verfügbare Analgetika und ein Angstabbau bezüglich Opiode ebenso wie Zugangsmöglichkeiten zu Hilfe und Unterstützung sollten ebenfalls wichtige Gesprächsbestandteile sein. Es wird vermutet, dass persönliche Barrieren, Beeinträchtigungen und die Schmerzintensität durch die Patientenedukation verringert und Interventionen, Vertrautheit und Kommunikation verbessert werden (DNQP, 2014).

Fallbeispiel:

Frau Müller erhält im Rahmen ihres Hospizaufenthaltes eine umfassende Patientenedukation zu schmerzreduzierenden Atemtechniken im Rahmen der nicht-medikamentösen Therapie. Die Angehörigen von Frau Müller werden hier ebenfalls miteinbezogen, da viele Atemtechniken nicht alleine ausgeübt werden können. Ziel der Patientenedukation ist eine aktive Mitgestaltung des Schmerzmanagements und Krankheitsverlaufs durch Frau Müller zur Steigerung ihrer Lebensqualität und ihres Krankheitsverlaufs. Hierbei steht an erster Stelle die Informationsvermittlung im Vordergrund, da alle Beteiligten zu diesem Thema keine

Erfahrungen sammeln konnten. Des Weiteren erhalten alle Beteiligten eine Mikroschulung zum Thema Atemtechniken bei der sie vor allem die tiefe Bauchatmung und das Atmen gegen einen Widerstand mithilfe des „Handauflegens“ ihrer Angehörigen erlernt.

12 Total Pain Konzept (Jan-Philipp Schlichtmann)

Das Total Pain Konzept wurde in den 60er Jahren von der englischen Ärztin und Krankenschwester Dr. Cicely Saunders (1918-2005) entwickelt (Hanke, 2009). Saunders gilt als „Vorreiterin der modernen Hospizbewegung“ (Montag, 2011, S. 166) und gründete 1967 das *St. Christopher's Hospice* in Sydenham bei London (Holder-Franz, 2012, S. 76).

Total Pain ist der Ausdruck eines Paradigmenwechsels in der palliativen Versorgung unheilbarer und sterbender Menschen (Müller, 2007, S. 386). Es „bezeichnet die schmerzhaft Auseinandersetzung schwerkranker Klienten mit dem Verlust ihrer Lebensfunktionen und Autonomie sowie ihre Konfrontation mit schwer zu lindernden Symptomen“ (Palm, 2012, S. 83). Das Konzept von Saunders fußt auf den Eckpfeilern der Palliative Care: Behandlung, Pflege und Begleitung (Näf-Hofmann & Näf, 2011, S. 46) und beschreibt Total Pain als kein rein somatisches Problem (Montag, 2011, S. 166). Schmerz ist ein multidimensionales Geschehen, weshalb eine rein medizinische Herangehensweise an das Problem kontraindiziert erscheint (Montag, 2011, S. 150).

12.1 Dimensionen nach Saunders

Es werden nach Saunders vier Dimensionen (Abbildung. 2) unterschieden. Diese Dimensionen beeinflussen sich gegenseitig und „bedingen die jeweils andere Intensität und Häufigkeit“ (Müller, 2007, S. 386).

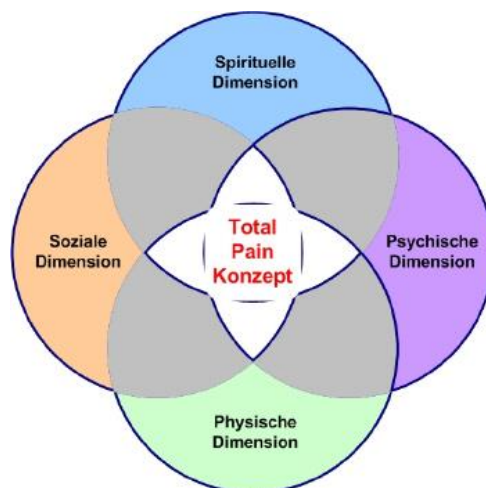


Abbildung 2: Total Pain Konzept

(Quelle vom 03.11.2014: <http://www.ahpv.de/veranstaltungen/fortbildungen-ahpv/aerzte-basiskurs-palliativmedizin.html>)

12.1.1 Physischer Schmerz

Die physische Komponente im Total Pain Konzept beschreibt die gesamten, rein körperlichen Erscheinungen, die ein Mensch beklagt. Der Schmerz kann den gesamten Körper umfassen oder auch nur Teilbereiche des Organismus. (Holder-Franz, 2012, S. 80)

12.1.2 Sozialer Schmerz

Die soziale Dimension des Schmerzes umfasst die Interaktion mit dem sozialen Umfeld. Vor allem der Familie wird eine besondere Bedeutung zugesprochen. (Eigenerstellung) Der Schmerz kann in dem Gefühl der Abhängigkeit von Angehörigen begründet sein. Bei zunehmender Pflegebedürftigkeit benötigt ein Mensch mehr Unterstützung und verliert gleichzeitig mehr und mehr seine Autonomie (Näf-Hofmann & Näf, 2011, S. 46). Des Weiteren können schwierige und finanzielle Umstände des Betroffenen und seiner Familie sozialen Schmerz hervorrufen (Holder-Franz, 2012, S. 80). Wenn ein Elternteil als Hauptverdiener in der Familie plötzlich und unheilbar erkrankt und somit das Einkommen deutlich geringer ist und hohe Behandlungskosten auftreten, kann es schnell zu finanziellen Engpässen kommen (Eigenerstellung). Neben der Abhängigkeit, dem Autonomieverlust und den finanziellen Problemen kann auch die Trauer der Angehörigen sozialen Schmerz hervorrufen. „Auch die Trauer der Angehörigen ist Teil des Totalen Schmerzes, dem man im Umgang mit dem Sterbepatienten begegnet.“ (Näf-Hofmann & Näf, 2011, S. 47)

12.1.3 Psychischer/ seelischer Schmerz

Die psychische/ seelische Dimension betrifft den Menschen in seinen Ansichten und seiner Haltung. Entsprechend der fünf Sterbephasen von Elisabeth Kübler-Ross (Napiwotzky & Student, 2011, S. 42-45) können in dieser Phase die unterschiedlichsten Gefühle und Empfindungen aufkommen. Zorn, Depression sowie Abwehr und Verzweiflung können das Entstehen von psychischen Schmerzen erklären (Näf-Hofmann & Näf, 2011, S. 47).

Angst ist ein weiterer, wesentlicher Aspekt, da „Hoffnungslosigkeit und Angst vor dem bevorstehenden Tod [...] Schmerzen verstärken [können].“ (Zaug, 2000, S. 29). Aber nicht nur die Angst vor dem bevorstehenden Tod, sondern auch vor Verlust oder vor körperlicher Schwäche, kann als auslösender Faktor für psychischen Schmerz verstanden werden. (Näf-Hofmann & Näf, 2011, S. 47)

12.1.4 Spiritueller Schmerz

Beim spirituellen Schmerz geht es unter anderem um die Frage nach dem Sinn des Lebens und darum, diesen Sinn zu verlieren, da Betroffene mit Gott und mit ihrem Glauben hadern (Carr, Mann, 2014, S. 382). Diese existentielle Krise kann dazu führen, dass Betroffene ihren Halt verlieren und sich verloren fühlen (Holder-Franz, 2012, S. 80). Auch das Gefühl der

Bedeutungslosigkeit (nach dem Tod), Selbstzweifel oder Schuldgefühle können psychische Schmerzen hervorrufen (Näf-Hofmann & Näf, 2011, S. 48).

Müller (2007, S. 387) erklärt den spirituellen Schmerz mit der Tangierung der existentiellen Zielsetzung des Lebens.

12.2 Total Pain als Trennungsarbeit

In der palliativen Versorgung spielt die Auseinandersetzung mit dem Sterben, Trauer und Tod eine zentrale Rolle (Eigenerstellung). Müller (2007, S. 388-392) sieht Trauer als einen zentralen Grund für Total Pain an. Der Betroffene trauert um die Endlichkeit seines eigenen Lebens. Sowohl die Vergangenheit mit vielen Erinnerungen, die Gegenwart als auch die Zukunft sind Gegenstand der Trauer. Das Total Pain Konzept umfasst somit auch das Abschiednehmen von der Umwelt und von der eigenen Persönlichkeit (Müller, 2007, S. 388-392).

Fallbeispielbezug:

Auf Frau Müller kommen eine Vielzahl von Belastungen zu. Angefangen bei stärksten Körperschmerzen bis hin zu existentiellen Ängsten vor der dem Verlust des Lebens und dem Tod.

Geht man das Total Pain Konzept der Reihe nach durch, sind die tumorbedingten somatischen und viszerale Nozizeptorschmerzen und die neuropathischen Schmerzen behandlungsbedürftige Probleme, auf die unter den Punkten 7 und 8 bereits umfassend eingegangen worden ist.

Festhalten lässt sich, dass der physische Schmerz in vielfältiger Art und Weise von anderen Aspekten beeinflusst werden kann.

Betrachtet man die soziale Situation von Frau Müller, fällt schnell auf, dass die Familie eine besondere Rolle im Leben der 64-jährigen spielt. Die erwachsenen Kinder, das Enkelkind und auch besonders der Ehemann bedeuten Frau Müller sehr viel. Vor der Diagnosestellung passte sie regelmäßig auf das Enkelkind auf, um ihre berufstätige Tochter zu entlasten. Herr Müller schätze es, seit der Pensionierung mehr Zeit mit seiner Frau verbringen zu können und plante häufig Ausflüge und Unternehmungen für das Ehepaar. Nun, wo die Begrenztheit des Lebens von Frau Müller immer deutlicher wird, muss sich die ganze Familie darauf vorbereiten, voneinander Abschied zu nehmen. Die Bezugspflegerkraft im Hospiz spürt nach den Besuchen der Familie, wie schwer es Frau Müller fällt, die Trauer ihrer Kinder und ihres Mannes auszuhalten. Sie versucht stark zu bleiben, wenn alle anderen weinen. Doch wenn sie alleine ist, so erzählt sie im Gespräch mit der Pflegerkraft, könne sie nicht mehr stark sein. Der Gedanke, ihr Enkelkind nicht weiter aufwachsen zu sehen, ihre Kinder nicht mehr unterstützen

zu können und ihren Mann alleine zu lassen, bedrücke sie so sehr, dass sie manchmal das Gefühl habe, sie würde sich innerlich auflösen.

Die Trauer der Angehörigen und auch die eigene Trauer lässt Frau Müller in ein tiefes Loch fallen. Sie zieht sich immer weiter zurück und nimmt nicht mehr am gemeinsamen Abendessen im Hospiz teil. Auch als ihr Mann den Hund mit ins Hospiz bringt, verspürt Frau Müller keine Freude.

Die Muskelkraft schwindet zunehmend, weshalb die Körperpflege in der letzten Lebensphase von der Bezugspflegekraft durchgeführt werden muss. Auch wenn Frau Müller mit der Pflege sehr zufrieden ist, fühlt sie sich wie zuvor noch nie fremdbestimmt. Dieser Eingriff in ihre Autonomie verstärkt das Zurückziehen, wodurch es für alle Beteiligten schwer wird, an sie heranzukommen. Sogar dem Enkelkind ist das veränderte Verhalten aufgefallen und fragt, warum seine Oma nicht mehr so lieb sei wie früher und nicht mehr mit ihm singe und lache. Nach dieser Frage beginnt Frau Müller bitterlich zu weinen und bemerkt, wie sehr sie sich durch die Krankheit verändert hat.

Eine Freundin aus der Kirchengemeinde besucht Frau Müller regelmäßig. Die beiden Frauen konnten immer über alles sprechen und teilten eine besondere Beziehung zum Glauben. In den Gesprächen klingt nun immer wieder Verbitterung und Enttäuschung an. Warum habe gerade sie ein solches Schicksal zu tragen und wofür habe sie immer so viel gebetet und sich so stark engagiert für die Kirche? Nach dem Tod der Schwester hatte Frau Müller Halt finden können in ihrem Glauben doch nun fühlt sie sich von Gott allein gelassen und fragt sich, warum nun auch sie den gleichen Leidensweg wie ihre Schwester gehen muss.

Das Total Pain-Konzept ermöglicht es, Frau Müller nicht nur als palliative Klienten mit tumorbedingten Schmerzen zu sehen, sondern erweitert die Perspektive in viele Richtungen. Das soziale Umfeld, welches unter dem Abschied nehmen leidet, der Autonomieverlust und der soziale Rückzug und auch Glaubensfragen und die Sinnkrise rücken dank des Ansatzes von Saunders in den Fokus der Pflegenden. So können Aspekte in den Behandlungsplan mitaufgenommen werden, die ohne diesen Ansatz unter Umständen nicht berücksichtigt worden wären.

13 Fazit (Annika Malinsky)

Eine halbe Millionen Menschen in Deutschland leben mit chronischen Schmerzen aufgrund einer bestehenden Tumorerkrankung. Im europäischen Vergleich liegt Deutschland hinsichtlich der schmerztherapeutischen und palliativen Versorgung dieser Patientengruppe in einem mittleren bis hohen Bereich. Dennoch gilt es in Zukunft Versorgungslücken zwischen ambulanten und stationären Versorgungseinrichtungen flächendeckend zu schließen, um eine optimale Patientenversorgung zu gewährleisten. Darüber hinaus sollte der zu pflegende Mensch und seine individuellen Bedürfnisse vermehrt in den Fokus der pflegerischen Handlung rücken. Um dieses Ziel zu erreichen sollte das Wissen und Verständnis aller, an der Versorgung beteiligten Akteure, bezüglich einer umfassenden palliativen Schmerztherapie, durch wissenschaftliche Forschung erweitert und verfestigt werden. (Rolke & Radbruch, 2015, S.557-560)

Literaturverzeichnis

- Aulbert, E., Nauck, F. & Radbruch, L. (2012). *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart: Schattauer.
- Besendorfer, A. (2009) *Interdisziplinäres Schmerzmanagement. Praxisleitfaden zum Expertenstandart „Schmerzmanagement in der Pflege“*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Bundesministerium für Gesundheit (2015). Gesetzesentwurf zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland (Hospiz- und Palliativgesetz). Verfügbar unter: http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Gesetze_und_Verordnungen/GuV/H/Drucksache_BT_1805170.pdf [09.01.2016]
- Büche, D. (2007). Phänomene der Chronifizierung des Schmerzes. In C. Knipping (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (S. 158-159). Bern: Hans Huber.
- Büscher, A. (2014). *Beispiele für Instrumente zur Schmerzeinschätzung*. Verfügbar unter: <http://www.dnqp.de/38368.html>. [31.10.2014]
- Carr, E. & Mann, E. (2009). *Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe*. Bern: Hans Huber.
- Carr, E. & Mann, E. (2010). *Schmerz und Schmerzmanagement*. Bern: Hans Huber.
- Carr, E. & Mann, E. (2014). *Schmerz und Schmerzmanagement. Praxishandbuch für Pflegeberufe*. Bern: Hans Huber.
- Deutscher Hospiz- und Palliativverband (2016). Hospiz- und Palliativversorgung. Verfügbar unter: http://www.dhvp.de/themen_hospize.html [09.01.2016]
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2014). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen*. Osnabrück: DNQP.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2011). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen*. Osnabrück: DNQP.
- Hanke, R. (2009). Die Hospizbewegung von Dr. Cicely Saunders. Verfügbar unter: <http://www.hospizverein-fuerth.de/index.php/der-verein/geschichte/historisches/49-die-hospizbewegung-von-dr-cicely-saunders> [27.11.2014]
- Holder-Franz, M. (2012). „...dass du bis zuletzt leben kannst.“ *Spiritualität und Spiritual Care bei Cicely Saunders*. Zürich: Theologischer Verlag.

- Klugkist, A. (2008). *Standard „Pfleger von Senioren mit Tumorschmerzen“*. Verfügbar unter <http://www.pqsg.de/seiten/openpqsg/hintergrund-standard-schmerzmanagement.htm> [31.10.2014]
- Montag, T. (2011). Palliative Care und Palliativpflege. In M. Thomm (Hrsg.), *Schmerzmanagement in der Pflege* (S. 166-169). Berlin: Springer.
- Müller, M. (2007). Total Pain. In C. Knipping (Hrsg.), *Lehrbuch Palliative Care* (S. 386-392). Bern: Hans Huber.
- Näf-Hofmann, M. & Näf, A. (2011). *Palliative Care. Ethik und Recht. Eine Orientierung*. Zürich: Theologischer Verlag.
- Nagele, S. & Feichtner, A. (2012). *Lehrbuch der Palliativpflege*. Wien: Facultas.
- Napiwotzky, A., Student, J. (2011). *Palliative care. Wahrnehmen-verstehen-schützen*. Stuttgart: Thieme.
- Nauck, F. & Radbruch, R. (2012). Systematische medikamentöse Schmerztherapie. In E. Aulbert, F. Nauck & L. Radbruch (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin* (S.175-205). Stuttgart: Schattauer.
- Nestler, N. (2014). *Veränderungsnotwendigkeiten im Schmerzassessment in Hospizen – eine qualitative Untersuchung*. Ausgabe 03, 15 - V93, DOI: 10.1055/s-0034-1374156.
- Palm, M. (2012). Religiös spirituelle Begleitung (Spiritual Care) und die Erfassung von Spiritual Pain bei schwerkranken Menschen im Akutspital. In M. Belok, U. Länzlinger & H. Schmitt (Hrsg.), *Seelsorge in Palliative Care* (S. 83-85). Zürich: Theologischer Verlag.
- Rolke, R. & Radbruch, L. (2015). Tumorschmerz und palliative Schmerztherapie. *Schmerz*, 29, 557-561. doi: 10.1007/s00482—015-0048-7
- Saunders, C. (1996). A personal therapeutic journey. *British Medical Journal*, 21, 1599-1601. ISSN: 1759-2151
- Schmidt, U. (2013). Schmerzlinderung. In S. Kränzle, U. Schmidt & C. Seeger (Hrsg.), *Palliativ Care* (S.293-327). Berlin Heidelberg: Springer.
- Schwermann, M. (2009). *Kompetenz in Palliative Care: Haltung, Wissen, Umsetzung*. Hannover: Vincentz Network.
- Sorge, J. (2012). Schmerztherapie. In E. Aulbert, F. Nauck & L. Radbruch (Hrsg.), *Lehrbuch der Palliativmedizin* (S.146-148). Stuttgart: Schattauer.

- Student, J., Mühlum, A. & Student, U. (Hrsg.) (2004). *Soziale Arbeit in Hospiz und Palliative Care*. München: Reinhardt.
- Weissenberger-Leduc, M. (2008). *Handbuch der Palliativpflege*. Wien: Springer.
- Wüller, J., Krumm, N., Hack, K. & Reineke-Bracke, H. (2014). *Palliativpflege*. München: Urban & Fischer.
- Zaug, K. (2000). Ganzheitliche Betreuung unheilbar Kranker. *magazin. Die Zeitschrift der Universität Zürich*. 4/00. (S. 28-30). ISSN: 2235-2805.
- Zeyen Käch, B. & Kammermann, B. (2008). Palliative Therapiekonzepte. In M. Eichner & S. Marquard (Hrsg.), *Brustkrebs* (S. 159-160). Bern: Hans Huber

Anhang

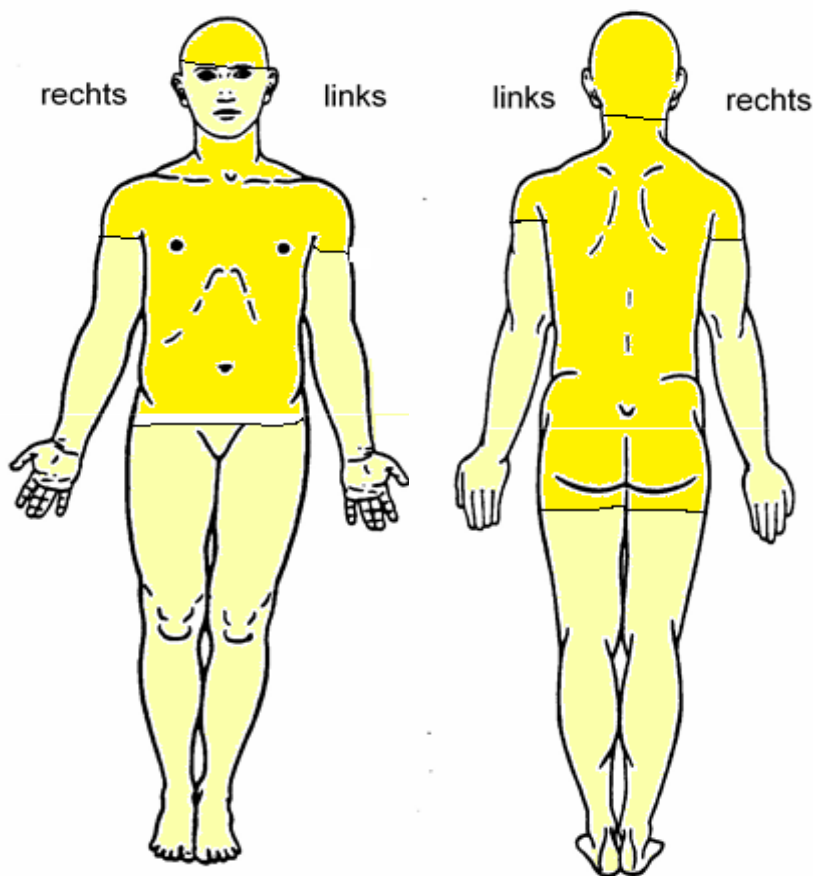
Brief Pain Inventory (BPI)

1 Die meisten von uns haben von Zeit zu Zeit Schmerzen (z. B. Kopfschmerzen, Zahnschmerzen, bei Verstauchungen).
Hatten Sie **heute andere als diese Alltagsschmerzen**?

ja

nein

2 Schraffieren Sie in nachstehender Zeichnung die Gebiete, in denen Sie Schmerzen haben. Markieren Sie mit "X" die Stelle, die Sie am meisten schmerzt.



Legende:

= Stärkste Schmerzen

= Mäßige Schmerzen

3 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **stärksten** Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

kein
Schmerz

stärkste
vorstellbare
Schmerzen

4 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **geringsten** Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

5 Kreisen Sie die Zahl ein, die Ihre **durchschnittlichen** Schmerzen in den letzten 24 Stunden beschreibt:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

6 Kreisen Sie die Zahl ein, die aussagt, welche Schmerzen Sie **in diesem Moment** haben:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
kein Schmerz										stärkste vorstellbare Schmerzen

7 Welche Behandlungen oder Medikamente erhalten Sie gegen Ihre Schmerzen?

Wärmeanwendung, Atemtherapie, Ablenkung durch Musik, Fernsehen & Besuch

im Krankenhaus Novalgin

8 Bitte denken Sie an die vergangenen 24 Stunden. Wieviel Schmerzlinderung haben Sie durch Behandlungen oder Medikamente erfahren? Bitte kreisen Sie die Prozentzahl ein, die am besten die Schmerzlinderung zeigt.

0%	10%	20%	30%	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%
keine Linderung										vollständige Linderung

Bitte kreisen Sie die eine Zahl ein, die angibt, wie stark Ihre Schmerzen Sie in den vergangenen 24 Stunden beeinträchtigt haben:

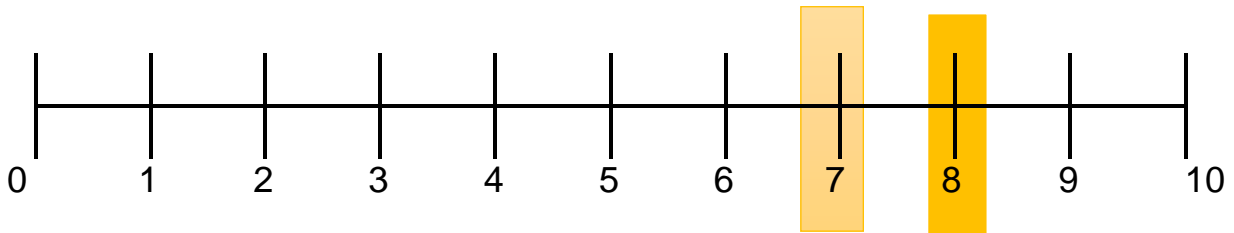
9 Allgemeine Aktivität										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung									vollständige Beeinträchtigung	
10 Stimmung										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung									vollständige Beeinträchtigung	
11 Gehvermögen										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung									vollständige Beeinträchtigung	
12 Normale Arbeit										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung									vollständige Beeinträchtigung	
13 Beziehung zu anderen Menschen										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung									vollständige Beeinträchtigung	

14 Schlaf										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung									vollständige Beeinträchtigung	
15 Lebensfreude										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
keine Beeinträchtigung									vollständige Beeinträchtigung	

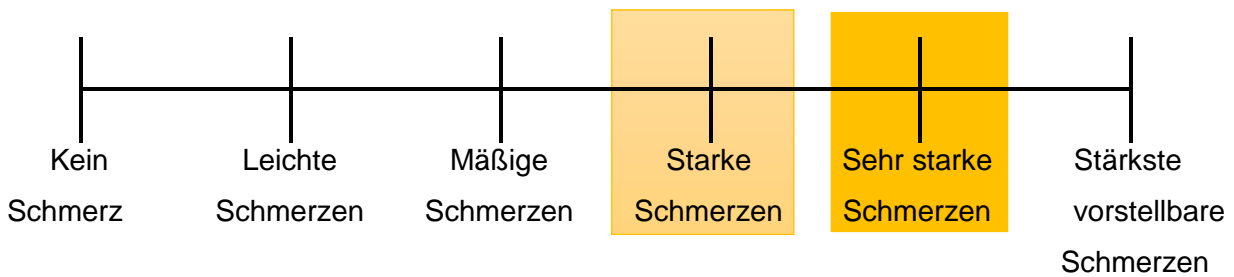
Brief Pain Inventory © Loick, Radbruch, Kiencke, Sabatowski (Klinik für Anästhesie, Universitätsklinik Köln)

Rating Skalen

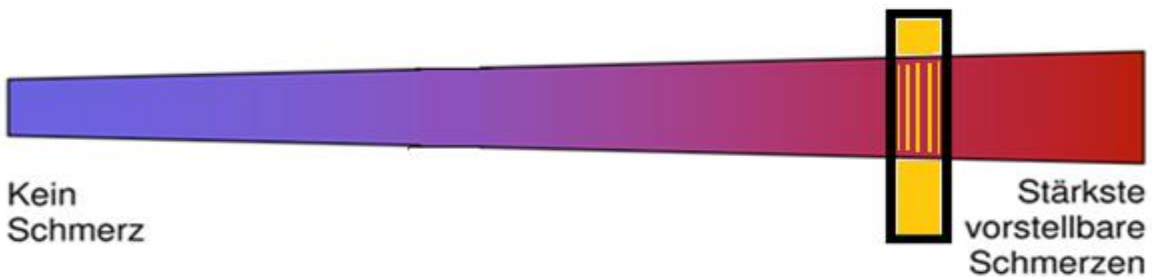
NRS (Numerische Rating Skala)



VRS (Verbale Rang Skala)



VAS (Visuelle Analog Skala)



(Büscher (DNQP), 2014)

Legende: ○ = Stärkste Schmerzen ○ = Mäßige Schmerzen

ZOPA-Bogen



Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA©)

((Seite 4 außen))

Die beobachteten Verhaltensmerkmale mit x eintragen

Name:

Datum:

Uhrzeit	7:00	7:45																	
0. keine Anzeichen																			
1. Lautäußerungen																			
Stöhnen / Klagen																			
Brummen																			
2. Gesichtsausdruck																			
Verzerrter, gequälter Gesichtsausdruck																			
Starrer Blick																			
Zähne zusammenpressen (Tubus beißen)																			
Augen zusammenkneifen																			
Tränenfluss																			
3. Körpersprache																			
Ruhelosigkeit																			
Massieren oder Berühren eines Körperteils																			
Angespannte Muskeln																			
4. Physiologische Indikatoren																			
Änderungen in den Vitalzeichen																			
Blutdruck / Puls																			
Atmung																			
Veränderung der Gesichtsfarbe																			
Schwitzen / Röte																			

Handel et al. (2007)