



Pflege
PRAXIS

Jochen Becker-Ebel (Hrsg.)

Christine Behrens | Günter Davids | Michaela Pawlowski | Nina Rödiger |
Meike Schwermann | Hans-Bernd Sittig | Kristin Surendorff-Belder

Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten

Wissen und Handeln für Pflegende

6., aktualisierte Auflage

schlütersche



Jochen Becker-Ebel (Hrsg.)

Christine Behrens | Günter Davids | Michaela Pawlowski | Nina Rödiger |
Meike Schwermann | Hans-Bernd Sittig | Kristin Surendorff-Belder

Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten

Wissen und Handeln für Pflegende

6., aktualisierte Auflage

schlütersche

Prof. Dr. Jochen Becker-Ebel ist Diplom-Theologe, Professor f. Palliative Care, Supervisor DGSv, Organisationsberater und Trainer.

Christine Behrens ist Diplom-Theologin, Supervisorin und Palliativtrainerin.

Günter Davids ist langjähriger Hospizkrankenfleger und Diplom-Pflegewirt.

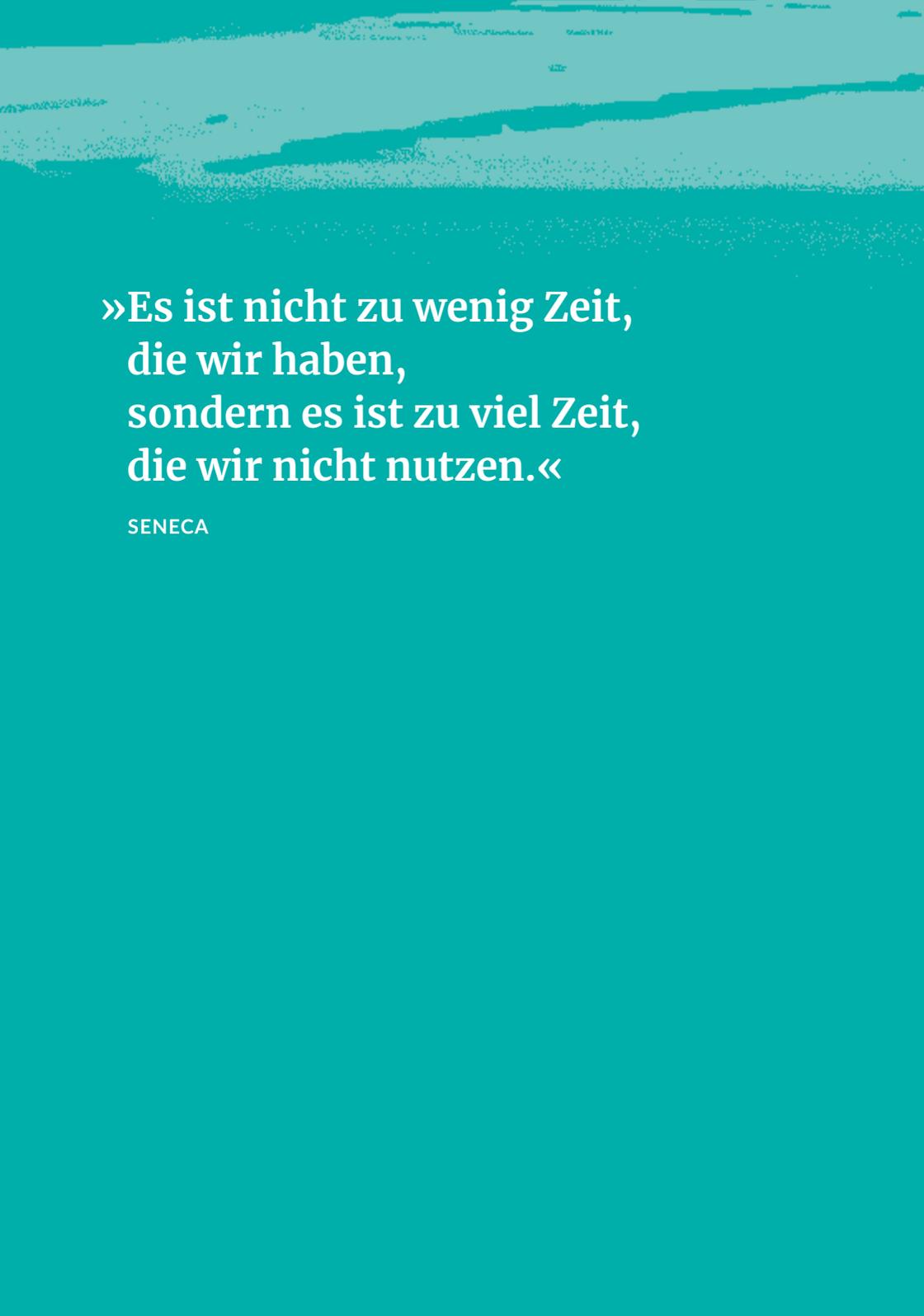
Michaela Pawlowski ist Diplom-Psychologin, systemisch-lösungsorientierte Therapeutin, Krankenschwester, Palliative Care-Fachkraft und Kursleiterin.

Nina Rödiger ist examinierte Altenpflegerin, PDL, Sozialmanagerin, transaktionsanalytische Beraterin und Leiterin von Palliativpflegekursen.

Meike Schwermann, M.A., ist Fachkrankenschwester (Intensiv u. Anästhesie), Palliative Care-Fachkraft und -Trainerin, Dipl.-Sozialwirtin, Dipl.-Pflégewissenschaftlerin und Hochschuldozentin.

Dr. Hans-Bernd Sittig ist Facharzt für Anästhesie, Spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin, Rettungsmedizin, Algesiologe DGS.

Kristin Surendorff-Belder, M.A. Bildungswissenschaften (Gesundheitswesen), ist Fachkrankenschwester (Intensiv und Anästhesie), Palliativ-Fachkraft und -Kursleiterin und Hospizkoordinatorin.



»Es ist nicht zu wenig Zeit,
die wir haben,
sondern es ist zu viel Zeit,
die wir nicht nutzen.«

SENECA



pflgebrief

- die schnelle Information zwischendurch
Anmeldung zum Newsletter unter www.pflegen-online.de

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

ISBN 978-3-8426-0807-8 (Print)

ISBN 978-3-8426-8997-8 (PDF)

ISBN 978-3-8426-8998-5 (EPUB)

© 2019 Schlütersche Verlagsgesellschaft mbH & Co. KG,
Hans-Böckler-Allee 7, 30173 Hannover

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der gesetzlich geregelten Fälle muss vom Verlag schriftlich genehmigt werden. Alle Angaben erfolgen ohne jegliche Verpflichtung oder Garantie des Autors und des Verlages. Für Änderungen und Fehler, die trotz der sorgfältigen Überprüfung aller Angaben nicht völlig auszuschließen sind, kann keinerlei Verantwortung oder Haftung übernommen werden.

Die im Folgenden verwendeten Personen- und Berufsbezeichnungen stehen immer gleichwertig für beide Geschlechter, auch wenn sie nur in einer Form benannt sind. Ein Markenzeichen kann warenrechtlich geschützt sein, ohne dass dieses besonders gekennzeichnet wurde.

Titelbild: Halfpoint - stock.adobe.com

Covergestaltung und Reihenslayout: Lichten, Hamburg

Druck: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

Inhalt

Vorwort zur sechsten Auflage	10
------------------------------------	----

Jochen Becker-Ebel

Einleitung und Überblick	13
---------------------------------------	-----------

Hans-Bernd Sittig

1 Schmerz erkennen, verstehen und behandeln	18
--	-----------

1.1	Einführung	18
1.2	Schmerztherapie	20
1.3	Physiologie der Schmerzen	21
1.4	Schmerzursachen	23
1.4.1	Tumorbedingter Schmerz	25
1.4.2	Therapiebedingter Schmerz	27
1.4.3	Tumorumabhängiger Schmerz	27
1.5	Diagnostik	30
1.6	Schmerztherapie	33
1.6.1	Kausale Schmerztherapie	33
1.6.2	Symptomatische Schmerztherapie	34
1.6.3	Stufenschema der Tumorschmerztherapie	35
1.6.4	Mechanismen-orientierte Schmerztherapie	42
1.6.5	Applikationswege	45
1.6.6	Koanalgetika	46
1.6.7	Kombinationen	47
1.7	Weitere Substanzen in der Schmerztherapie	51
1.7.1	Tapentadol	51
1.7.2	Cannabinoide in der palliativen Schmerztherapie ..	52
1.8	Die Behandlung von Schmerzattacken	53
1.9	Opioidwechsel	55
1.10	Nebenwirkungen	56
1.11	Besonderheiten in der Schmerztherapie	58
1.11.1	Invasive Verfahren	58
1.11.2	Schmerztherapie in der Finalphase	58

1.12	Die Arzt-Patient-Beziehung	59
1.13	Die »beste« Therapie	60

Meike Schwermann

2 Schmerzen erfassen und systematisch handeln 62

2.1	Schmerzen erfassen	62
2.1.1	Skalen zur Messung der Schmerzintensität	63
2.1.2	Auswahl der Schmerzintensitätsskala	64
2.1.3	Schmerzprotokoll	65
2.1.4	Faktoren, die das Schmerzassessment beeinträchtigen	66
2.2	Schmerzassessments für demenziell erkrankte, kommunikationseingeschränkte Menschen	69
2.2.1	Schmerz-Ersteinschätzung bei Demenz/kognitiven Einschränkungen	74
2.2.2	Dokumentation von Verhaltensauffälligkeiten anhand des ECPA-Bogens	78

3 Körperliches Leid verringern 81

Nina Rödiger

3.1	Palliative Mundpflege	81
3.1.1	Intimbereich Mund	81
3.1.2	Ziele und Behandlungsmöglichkeiten	82
3.1.3	Angehörige einbeziehen	84

Nina Rödiger

3.2	Symptomlinderung bei Übelkeit und Erbrechen	85
3.2.1	Erfassung und Einschätzung	85
3.2.2	Ursachen für Übelkeit und Erbrechen	87
3.2.3	Therapie von Übelkeit und Erbrechen	88
3.2.4	Pflegerische Maßnahmen	92

Günter Davids

3.3	Symptomlinderung der Atemnot und anderer Respirationsprobleme	94
3.3.1	Medikamentöse Therapie	97
3.3.2	Weitere Therapiemaßnahmen	99

3.3.3	Unterstützung bei Husten	100
3.3.4	Palliativpflege bei einer Rasselatmung	101
<i>Günter Davids</i>		
3.4	Behandlung der Obstipation	102
3.4.1	Obstipation erfassen	103
3.4.2	Symptombehandlung	104
<i>Günter Davids</i>		
3.5	Palliative Wundversorgung	110
3.5.1	Ziel der palliativen Wundversorgung	110
3.5.2	Häufige Probleme	111
3.5.3	Reinigung	111
3.5.4	Wundauflagen und -therapeutika	112
3.5.5	Begleitende Schmerzbehandlung beim Verbands- wechsel	119
3.5.6	Behandlung zur Linderung starker Gerüche	120
3.5.7	Behandlung von Wundblutungen	121

4 Psychosoziale Nöte begleiten **123**

Michaela Pawlowski

4.1	Depression und Angst	123
4.1.1	Depression	124
4.1.2	Angst	130

Christine Behrens

4.2	Hilfreiche Gespräche führen	137
4.2.1	Ein Kommunikationsmodell – die Transaktions- analyse	139
4.2.2	Kommunikation mit nicht mehr sprachfähigen Menschen	143

Christine Behrens

4.3	Kommunikation mit Angehörigen	146
4.3.1	Wie kann Angehörigenarbeit gelingen?	147

Christine Behrens

5	Existenzielle Krisen gestalten	156
5.1	Rituale in der Begleitung Sterbender	156
5.1.1	Die drei Phasen der Rituale	158
5.1.2	Rituale im Pflegealltag	159
5.2	Trauer	160
5.2.1	Trauerbegleitung unter Zeitdruck	160
5.2.2	Stadien der Trauer	161
5.2.3	Normale Trauerreaktionen	163
5.2.4	Maßnahmen im Rahmen der Trauerbewältigung	164
5.2.5	Risikofaktoren beim normalen Trauerverlauf	166
5.3	Spirituelle Fragen	167
5.3.1	Spiritualität als Ressource	167
5.3.2	Sinnfragen	169
5.3.3	Spiritualität als Begegnungsraum an der Todesgrenze	170

Christine Behrens

6	Zusammenarbeiten und sich vernetzen	174
6.1	Kommunikation im Team	174
6.1.1	Regelmäßige Besprechungen	175
6.1.2	Interdisziplinäre Teams	176
6.2	Kommunikation mit Ehrenamtlichen	179
6.2.1	Charakteristika ehrenamtlichen Engagements	179
6.2.2	Aufgaben der Ehrenamtlichen	180
6.2.3	Ehrenamtliche gewinnen	181
6.2.4	Voraussetzungen für eine erfolgreiche Integration	181
6.2.5	Konzept für die Integration	182
6.2.6	Gründe gegen ein ehrenamtliches Engagement	185
6.3	Praxisbeispiel: Das Alten- und Pflegeheim St. Nikolai, Sarstedt	187

Jochen Becker-Ebel

7	Ethisch würdevoll und gut entscheiden	190
7.1	Was ist (rechtlich) erlaubt? Was ist verboten?	190
7.1.1	Euthanasie/Tötung auf Verlangen/Sterbehilfe	195
7.1.2	Assistierter Suizid	196
7.1.3	Erlaubter Behandlungsabbruch	198
7.1.4	Sonderfall: Die Palliative Sedierung	198
7.1.5	Geschäftsmäßige Suizidbeihilfe	199
7.2	Entscheidungsdiagramm zur Behandlungsziel- änderung	199

Kristin Surendorff-Belder

8	Grundhaltungen leben	206
8.1	Die Hospizidee	206
8.1.1	Die drei Grundprinzipien	207
8.2	Palliative Care – eine Philosophie?	209
8.3	Ausblick	212

Literatur	215
------------------	------------

Autorinnen und Autoren	223
-------------------------------	------------

Glossar	226
----------------	------------

Register	228
-----------------	------------

Vorwort zur sechsten Auflage

»Palliative Care in Pflegeheimen und -diensten« ist mit dieser sechsten Auflage weiterhin eines der erfolgreichsten nicht-pharmafinanzierten Bücher der Palliativversorgung.

Auch die allgemeine und spezialisierte Palliativpflege ist in Pflegeheimen und ambulanten Pflegediensten gut angekommen. Immer schon wurde und wird Gutes und oft Hervorragendes in der Begleitung kranker und hochbetagter Menschen ambulant und stationär geleistet – trotz steigendem Fachkräftemangel und Bürokratie.

Mit wenigen, hilfreichen Schritten kann im Rahmen des vorhandenen Zeitbudgets in der allgemeinen palliativen Versorgung bereits viel geleistet werden. Die darüber hinaus gehende spezialisierte Versorgung – SAPV – durch Pflegedienste und in Pflegeheimen begleitet darüber hinaus die letzte Lebensphase optimal. Hier ist die (Palliativ-)Pflege in Deutschland auf einem guten Weg, wie internationale Vergleichsstudien bestätigen.

Dennoch: Mehr als drei Jahre nach der Einführung des neuen Hospiz- und Palliativgesetzes hat sich bei der flächendeckenden Umsetzung noch nicht viel getan:

- Es bestehen weiterhin Lücken in manchen Landkreisen und in großen Bereichen Ostdeutschlands bei der SAPV.
- Seit Ende 2016 ist es möglich, mit Krankenkassenfinanzierung Pflegeheimbewohner zur Palliativversorgung zu informieren und zu ethischen Entscheidungsfindungen zu beraten, doch haben erst wenige Pflegeheime derartige Beratungen strukturell verankert.

Über die Jahre hat sich die Aufgabenstellung dieses Buchs geändert. Neben den Altenpflegenden lesen auch viele Gesundheits- und Krankenpflegende dieses Buch. Nicht nur für Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen von Pflegeheimen, sondern auch für jene von Pflegediensten und ebenso für Pflegende von nicht-palliativen Krankenhausabteilungen sind die hier gesammelten Informationen zunehmend hilfreich. Unser Buch dient ihnen allen als praktische und umsetzbare Antwort auf alle anfallenden Fragen.

Mit diesem Buch sind Sie, liebe Leser und Leserinnen, weiterhin auf den verschiedenen Versorgungsformen im Palliative Care gut vorbereitet – spezifisch auf die Palliativpflege des hochbetagten Menschen. So sind die Medikamentenempfehlungen in ihren hier besonders hervorgehobenen (oft niedrigeren) Dosierungen leitlinienkonform gerade für den älteren Menschen gezielt modifiziert.

Im Bereich der Ethik am Lebensende hat sich in den letzten Jahren viel getan. Damit Sie eine eigene Haltung finden können, tragen wir aktuelle Informationen zusammen:

- zur Diskussion zum stets straffreien Suizid sowie zur Garantenstellung im Kontext einer Beihilfe zum Suizid.
- zum neuerdings eingeführten Strafgesetz des Verbots der Suizid-Bewerbung, das vom Bundesverfassungsgericht nach Verfassungsbeschwerden derzeit überprüft wird. Eine Entscheidung zu diesem § 217 StGB wird erst nach Drucklegung dieser 6. Auflage erwartet.
- zu Patientenverfügungen, die seit den BGH-Urteilen vom 6.7.2016 und 8.2.2017 zunehmend wichtig sind, aber nur wenn sie konkret genug abgefasst werden. Dies hat ein neues BGH-Urteil vom 14.11.2018 nochmals konkretisiert. Die Selbstbestimmung der Betroffenen ist gestärkt.
- zur Palliativ-Beratung nach Paragraph 132g SGB V.¹ Sie kann im Rahmen des neuen Hospiz- und Palliativgesetzes auch durch Pflegeheime selbst erbracht werden. In den dazu veröffentlichten Rahmenvereinbarungen finden sich Hinweise zur Qualität für die Umsetzung.²

Unser Buch bereitet in seiner sechsten, aktualisierten Auflage Palliativpflegende, -beraterInnen und palliative Einrichtungen gut auf diese Neuregelungen vor. Freuen Sie sich auf umfassende Informationen sowie Handlungsanleitungen in verständlicher Sprache.

09. Februar 2019

Für die Autoren:
Prof. Dr. Jochen Becker-Ebel
Professor f. Palliative Care

¹ Vgl. www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/132g.html

² Vgl. www.dhpv.de/tl_files/public/Service/Gesetze%20und%20Verordnungen/2018_Vereinbarung_nach_132g_Abs_3_SGBV_GVP.pdf

Einleitung und Überblick

Jochen Becker-Ebel

Palliativversorgung wird zunehmend zum Qualitätskriterium von Pflegeheimen und Pflegediensten. Für Patienten, Bewohner und Angehörige ist sie ein wichtiges Signal für eine gute Lebensqualität – auch in schwierigen Krankheitsphasen. Doch Palliativversorgung ist mehr: Neben der radikalen Patientenorientierung sind Vernetzung und Multiprofessionalität sowie die besondere Einbeziehung der Angehörigen wichtig.

Bereits 2000 schrieben die norwegischen Pflegeheimärzte und Palliativmediziner Dr. Bettina Sandgathe und Professor Dr. Stein Husebø (Bergen) in der Zeitschrift für angewandte Schmerztherapie (StK 2/2000): *»Bislang wurde die Palliativmedizin völlig zu Unrecht in der Geriatrie vernachlässigt, obwohl viele Probleme entstehen, wenn alte Menschen ernsthaft erkranken und im weiteren Verlauf sterben.«* Die namhafte Palliativmedizinerin Cicely Saunders gibt zu: *»Ich habe mich bewusst der Versorgung von Tumorkranken gewidmet. Ich wusste, dass es mir nicht gelingt, die Misere in der Versorgung unserer alten Mitbürger aufzugreifen. Das Problem ist mir zu groß gewesen.«* Zunehmend kritisieren die internationalen Gremien der Palliative Care die einseitige Fokussierung auf Krebspatienten und fordern, dass die großen Fortschritte auch anderen Patientengruppen zugutekommen sollten.

Die Aufgabe ist weiterhin groß und auch 15 Jahre später noch nicht in vollem Umfang erkannt und bewältigt. Doch gemeinsam wird es gehen. Altenpflegekräfte im ganzen deutschsprachigen Raum wollen das Sterben und den Tod in ihren Einrichtungen nicht weiter tabuisieren und in die Ecke drängen. Sie wollen die Vorzüge der Hospizarbeit in ihre eigenen Einrichtungen auf angepasste Art und Weise integrieren und von der Palliativmedizin und

Palliativpflege lernen, um die Schwerstkranken auf ihren letzten Wegen stets besser zu begleiten.

In der Palliativversorgung steht die Ganzheitlichkeit im Vordergrund. Das bedeutet, dass nicht die Erkrankungen allein betrachtet werden, sondern der ganze Mensch, mit seiner Seele, seinem Denken und Glauben und mit seiner sozialen Identität. Daraus entstand das auch heute verwandte Modell des »Total Pain«, zu Deutsch in etwa: »ganzheitlich-umfassender Schmerz«, der oben bereits erwähnten Gründerin der modernen Hospiz- und Palliativbewegung Dame Cicely Saunders.



Praktische Palliativpflege – was gehört dazu?

Die praktische Palliativpflege wirft viele Fragen auf:

- Wie führen wir ein gutes Schmerzmanagement ein?
- Wie gestalten wir einen Rahmen für den Einsatz Ehrenamtlicher?
- Wie meistern wir ethische Krisen?
- Wie helfen uns Notfallpläne, Krisenvorsorge und ethische Fallgespräche?
- Was brauchen unsere Mitarbeiter zur eigenen Entlastung bei zunehmend höheren Sterbezahlen im Heim?
- Welche Angebote machen wir trauernden Angehörigen?
- Wie werden Angehörige unsere Partner?

Dieses Buch gibt praktische Antworten – präzise, ausführlich und leicht verständlich. Und es lädt ein zum Mitmachen, Ausprobieren und Umsetzen.

Den »Total Pain« beantwortet Saunders mit »Total Care«, eine »umfassende oder auch ummantelnde Pflege/Fürsorge«, auch »Palliative Care« genannt (von lat. »Pallium« = »Mantel«). Die Dimensionen der Bedürfnisse sind als Aufforderung an Multiprofessionalität und institutions- und trägerübergreifende Zusammenarbeit zu verstehen.

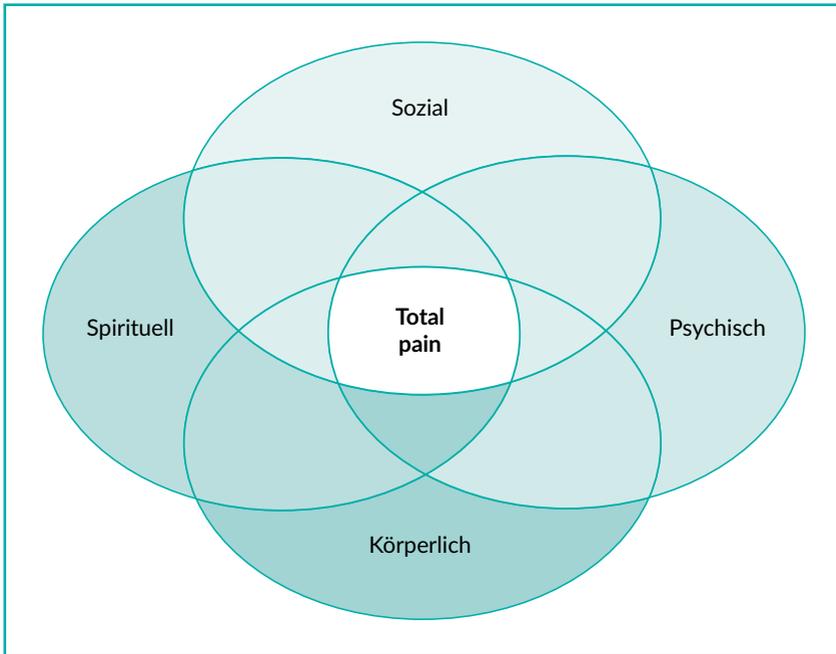


Abb. 1: Das »Total-Pain« / »Total-Care« / »Palliative-Care«-Modell nach Saunders.

Tab. 1: die vier Dimensionen des Schmerzes

körperliche Not	psychosoziale Not	spirituelle und existenzielle Not	Vernetzung und Ethik
<ul style="list-style-type: none"> • Schmerzen Siehe Kap. 1 • palliative Symptome wie Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, exulzierende Wunden <p>(▶ Kap. 2)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Veränderungen der Rollen und Beziehungen • finanzielle Bedrohungen • Zukunftsängste • Wut • Unruhe • Verletzlichkeit • Resignation • Depression <p>(▶ Kap. 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verlust von Identität und Sinn • Trauer • Zweifel • Hilflosigkeit • Glaubenskrisen • Schuldgefühle <p>(▶ Kap. 5)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Notwendigkeit der Zusammenarbeit im multi-professionellen Team • ethische Krisen • Behandlungszieländerung • Grundhaltungen <p>(▶ Kap. 6) (▶ Kap. 7) (▶ Kap. 8)</p>

Auf diese vier Dimensionen des Leidens und des Schmerzes antworten alle Berufsgruppen innerhalb eines palliativen Behandlungsteams mit ihren spezifischen Angeboten. So entsteht »Palliative Care« – eine ganzheitliche Fürsorge am Lebensende. Pflegende und Ärzte arbeiten zusammen mit Sozialarbeitern, Psychologen und Seelsorgern und decken so miteinander die verschiedenen Dimensionen der notwendigen Fürsorge ab. Das geschieht immer schon auf eine anfangs gute Art und Weise auch im Pflegeheim, aber oft nicht für jeden und zu jeder Zeit und in der bisweilen nötigen Intensität.

Palliative Care ist ein Zusammenspiel von Menschen aus verschiedenen Berufen. Deshalb haben wir dieses Buch auch gemeinsam geschrieben, als multidisziplinäres Team. Aus unserer bisherigen Zusammenarbeit in Palliativ-Weiterbildungen, Gremien und Organisationsberatung (siehe auch: www.palliativkurse.de) und bei anderen gemeinsamen Publikationen ist bei uns der Wunsch entstanden, ein einfach verständliches, knappes und preisgünstiges Buch für den alltäglichen Gebrauch im Pflegeheim zu schreiben. Dieses Buch kommt aus der eigenen Praxis heraus, denn innerhalb des weiten Feldes »Palliative Care« haben wir schon vor mehreren Jahren unseren eigenen Handlungs-Schwerpunkt auf »Palliative Care im Pflegeheim« gelegt. Mittlerweile sind wir fast ausschließlich für die bessere palliative Begleitung älterer Menschen tätig. Auch da leitet unser Interesse ein weiteres großes Anliegen von Dame Cicely Saunders, das sie bereits Mitte der Achtziger Jahre äußerte:

»Historisch betrachtet zog die Hospizbewegung ja aus dem Gesundheitssystem aus und entwickelte eigene Modelle (»models of care«, d. h.: Hospize etc.). Es gilt nun, die Haltungen, die Kompetenzen und Erfahrungen der Hospiz- und Palliativversorgung in die Regelversorgung zu reintegrieren (d. h.: in Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Dienste), damit die Haltungen und das Wissen zurückfließen kann (»... so that attitudes and knowledge could come back«

Zitiert aus einem IFF-Symposium und nach James & Field 1992.

Bei diesem Zurückfließen geht es zunehmend um einen gegenseitigen Lernprozess. Der mit einer Prise Überheblichkeit gewürzte Auszug aus der Regelversorgung und das Gründen eigener Hospiz-Versorgungsorte hat alle Nebengeschmäcker zu verlieren, damit ein gemeinsamer Lernprozess gelingen kann. Wir Autoren staunen stets erneut, was wir an sozialer Kompetenz, Zuneigung und gutem Willen in den Pflegeheimen bereits antreffen. Es ist ein gemeinsames Lernen und nicht ein »1:1«-Übertragen von palliativem Wissen in die palliativ-ungebildete Regelversorgungslandschaft. Palliative Care entdeckt jetzt erst die Alten, die Hochbetagten, die Menschen mit Demenz. Im gemeinsamen Lernen wird Palliative Care im Pflegeheim noch umfassender werden, noch mehr Palliative Care sein und insbesondere für alle da sein, auch für jene, die still und leise von hier gehen und nicht im Licht der Öffentlichkeit mit ihrem eigenen Sterben sind.

1 Schmerz erkennen, verstehen und behandeln

Hans-Bernd Sittig

1.1 Einführung

Die Palliativmedizin bietet inkurablen, unter körperlichen und seelischen Beschwerden leidenden Patienten flankierende Hilfen zur Verbesserung der Lebensqualität an. Angestrebt wird die ambulante Behandlung in der häuslichen Umgebung, die nur gelingt, wenn eine umfassende Stabilisierung der Patienten auf Symptomebene zu erreichen ist. Wenn Entgleisungen zur stationären Aufnahme führen, ist das Behandlungsziel die schnelle, den Betroffenen zufriedenstellende Linderung der Beschwerden, gefolgt von der Rehabilitation in die vertraute Umgebung. Tumorschmerz ist das von vielen am meisten gefürchtete Symptom der Krebskrankheit.



Info

Was ist Schmerz? Ein/e

- Warnsignal (deskriptiv),
- Stimulus (neurophysiologisch),
- Hilferuf (psychosozial),
- Erfahrung des Lebens (lernen),
- rein subjektives Gefühl.

Definition gemäß der IASP³ 1979: »Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit potenzieller oder tatsächlicher Gewebsschädigung einhergeht oder mit den Begriffen einer solchen beschrieben wird. Schmerz ist immer subjektiv.«

Fazit**Schmerz ist, was der Patient als Schmerz empfindet**

Das Vorhandensein oder der Nachweis einer somatischen Läsion ist also keine zwingende Voraussetzung für das Erleben von Schmerzen. Schmerz ist also immer das, was der Patient selbst sagt, das es ist. Niemand außer dem Betroffenen selbst kann diesen Schmerz fühlen, niemand außer ihm selbst kann sagen, wie stark dieser sein Schmerz ist und wie stark er unter diesem Schmerz leidet.

Akute und chronische Schmerzen sind ein wesentliches Symptom einer Tumorerkrankung. Ihr Einfluss auf alle Bereiche der Lebensqualität kann gar nicht hoch genug eingeschätzt werden. Seit fast 20 Jahren gibt es zur Behandlung von Tumorschmerzen validierte Therapieoptionen mit einem Effektivitätsgrad mehr als 90 Prozent. Trotzdem wird die Mehrzahl der Patienten in Deutschland noch völlig unzureichend behandelt. Leider wurde der Inhalt der Leitlinien zur Tumorschmerztherapie oft unzulässig auf die rein medikamentöse Therapie verkürzt und alle anderen Optionen der Schmerzpalliation – insbesondere die tumorspezifischen Methoden, wie Bestrahlung, Operation und Chemo- oder Radioisotopentherapie – außer Acht gelassen. Auch darf der Beitrag nichtmedikamentöser Maßnahmen zur Tumorschmerztherapie, wie Lymphdrainage, Verordnung von Prothesen und Orthesen, optimierte Lagerung, Massagen, Physiotherapie und nicht zuletzt psychotherapeutische Interventionen, keineswegs unterschätzt werden.

Tumorschmerzpatienten leiden in der Regel gleichzeitig an weiteren physischen Störungen sowie psychologischen, kulturellen, sozialen und spi-

³ International Association for the Study of Pain

rituellen Problemen, die mit dem Prozess der Krankheitsverarbeitung zusammenhängen und eine symptomverstärkende Rolle spielen. Gerade für den Schmerz des Krebskranken gilt das biopsychosoziale Modell, ist dieser Patient doch einer existenziellen Bedrohung durch die Krebserkrankung ausgesetzt (»Total Pain«). Aus diesen Gründen ist eine Tumorschmerztherapie unter Einbeziehung vieler Fachdisziplinen (Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten, Sozialarbeiter, Psychologen, Seelsorger) zu leisten und setzt die Einbindung des Patienten und seiner Familie voraus.

Dies impliziert auch die Aufklärung über Wirkung und Nebenwirkungen der Behandlung. Da der »Morphinmythos« trotz aller Bemühungen noch lebt, sollten auch Themen, wie und warum der Patient ein »Betäubungsmittelrezept« erhält, wenn er ein wirksames Schmerzmittel braucht, oder warum dieses aus dem »Giftschrank« kommt, offen angesprochen werden.

1.2 Schmerztherapie

In der Schmerztherapie muss der Grundsatz der Wahrhaftigkeit dem Patienten gegenüber stets gewahrt werden. Er impliziert, dass dem Patienten stützende Angebote zur Krankheitsbewältigung angeboten werden müssen. Die Schmerztherapie soll dem Patienten ein soweit irgend möglich schmerzarmes normales Leben ermöglichen.

Wichtig

Haben Sie Schmerzen?

Der Schmerz muss bei jeden Palliativ-Patienten aktiv vom Arzt und Pflegepersonal erfragt werden, da viele Patienten nicht von selbst über ihre Schmerzen berichten. Sie haben Angst, der Arzt könne nichts tun, sie würden lästig fallen, eine Therapie übergestülpt bekommen, die sie selbst gar nicht wollen.

Bei Tumorpatienten kommt es im Verlauf ihrer Erkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit zu behandlungspflichtigen Schmerzzuständen. Dieses

Symptom tritt in Abhängigkeit von Tumorart und -stadium, vom Metastasierungsgrad und dem Ort der Schmerz verursachenden Läsion sowie von individuellen und psychosozialen Faktoren zu unterschiedlichen, im Allgemeinen nicht vorhersagbaren Zeitpunkten und mit variabler Intensität auf.

Zum Zeitpunkt einer entsprechenden Diagnosestellung leiden bereits bis zu 50 Prozent aller Tumorpatienten an Schmerzen, die sich in diesem Stadium in vielen Fällen durch tumorspezifische Maßnahmen (Chemotherapie, Operation, Strahlentherapie) reduzieren bzw. gelegentlich sogar gänzlich beseitigen lassen. In einem fortgeschrittenen Krankheitsstadium werden derartige Schmerzzustände bei über 75 Prozent der Patienten beobachtet. Auch in dieser Situation sollte neben der Durchführung einer symptomatischen Behandlung der Einsatz tumorspezifischer Maßnahmen im Rahmen einer sorgfältigen Nutzen- /Risikoabschätzung erwogen werden.

»Tumorschmerz« ist keine Diagnose. Schmerzen bei Malignomen werden durch verschiedene Schmerzursachen hervorgerufen, die sowohl einzeln als auch in Kombination auftreten können.

1.3 Physiologie der Schmerzen

Schmerzentstehung

Überall in der Haut, in den Muskeln, Knochen, Gefäßen, in den Organen und Gelenken dienen vor allem freie Nervenendigungen oder spezielle Nozizeptoren als Schmerzrezeptoren. Unabhängig von der zugrundeliegenden Gewebeschädigung werden diese durch mechanische oder thermische Reize, Botenstoffe oder chemische Stoffe, die bei Gewebsschädigung oder bei Entzündungsreaktion aus den betroffenen Zellen freigesetzt werden, aktiviert oder in ihrer Aktivität moduliert.

Schmerzleitung

Durch die schnell leitenden A-Delta-Fasern und die langsameren C-Fasern, die den peripheren Nerven beigemischt sind, gelangen die Nervensignale zum Rückenmark. Dort endet das erste Neuron der Schmerzleitungsbahn. Es beginnt das zweite Neuron der Schmerzbahn, der Vorderseitenstrang des

contralateralen Rückenmarks. Die Neurone des Tractus Spinothalamicus enden in den spezifischen oder unspezifischen Thalamuskernen, andere im Hirnstamm oder Zwischenhirn. Aus den unspezifischen Thalamuskernen gelangen Fasern des dritten Neurons der Schmerzleitung in die affektiven Großhirnareale, aus den spezifischen Kernarealen des Thalamus gelangen andere Fasern in den sensorischen Neokortex.

Zentrale Schmerzwahrnehmung

Erst wenn die Schmerzsignale in die sensorischen Großhirnrindfelder gelangen, dringt der Schmerz ins Bewusstsein. Aus den affektiven Großhirnarealen werden die Gefühlsqualität und der Effekt beigesteuert.

Schmerzhemmung

Die Schmerzbahn ist keine »Einbahnstraße«. Vom Hirn aus gelangen absteigend-hemmende Bahnen zum Rückenmark, sodass bereits auf Rückenmarksebene die Weiterleitung von Schmerzsignalen moduliert, verändert, verstärkt oder gar unterdrückt werden kann.

Schmerz und Neuroplastizität

Durch länger bestehende oder sehr heftige Schmerzen werden die Schmerzrezeptoren sensibilisiert, sodass Reize, die normalerweise den Rezeptor nicht aktivieren, jetzt ausreichen, um den Rezeptor zu aktivieren. Außerdem vergrößert sich das sogenannte »rezeptive Feld«. Der Radius um den Rezeptor, in dem ein Ereignis den Rezeptor aktiviert, wird größer, die rezeptiven Felder beginnen sich zu überlappen, was dann wieder einen verstärkten neuronalen Input zur Folge hat.

Auch auf Rückenmarksebene kommt es bei anhaltenden Schmerzimpulsen schnell zu einer strukturellen Veränderung der schmerzleitenden Nervenzellen. Das Genom und die Rezeptorbelegung der prä- und postsynaptischen Nervenmembran verändern sich, sodass Schmerzimpulse immer leichter weitergeleitet und kaum noch gehemmt werden können. Es kommt zu einer »Bahnung«. Es werden bald Botenstoffe aus dem zweiten Neuron der Nervenleitungsbahn in den synaptischen Spalt abgegeben, die eine Ausschüttung von schmerzvermittelnden Mediatoren aus dem ersten Neuron in den synaptischen Spalt erleichtern. Ein »Teufelskreis« ist entstanden.