Zeitschrift: Curaviva : Fachzeitschrift

Herausgeber: Curaviva - Verband Heime und Institutionen Schweiz

Band: 78 (2007)

Heft: 7-8

Artikel: Immer noch ungenügende Schmerzerfassung in der Schweiz : wie gross ist der Schmerz?

Autor: Brechbühler, Monika / Bischofsberger, Iren

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-805074

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 15.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Immer noch ungenügende Schmerzerfassung in der Schweiz

Wie gross ist der Schmerz?

Monika Brechbühler

Palliative Care bedeutet Pflege, die nur noch lindern will. Schmerzen auf ein erträgliches Mass zu mindern, ist dafür essenziell wichtig. Das ist nur möglich, wenn die Schmerzen kontinuierlich und umfassend erfasst werden.

«... Mein ganzes Denken und Fühlen war ausschliesslich von Schmerzen bestimmt, chronischen, schauderhaften Schmerzen. Sie hörten überhaupt nicht mehr auf, liessen mich keine Nacht mehr schlafen. Sie waren allgegenwärtig. Ich wurde von diesen Schmerzen zermalmt und hatte das Gefühl, in einer Art Muschel eingesperrt zu sein, zusammengekrümmt in ungeheurer Anspannung ...» *Jean Cameron*

Nur ein lückenloses Schmerzprotokoll gibt Auschluss darüber, ob die Therapie genügend wirkt. Fotos: Robert Hansen

In den USA wurde Pflegepersonal schon verurteilt, weil es gegen die Menschlichkeit handelte, indem es Krebskranke leiden liess. In Deutschland können Patienten auf Körperverletzung klagen, wenn sie keine effektive Schmerzbehandlung bekommen. In der Schweiz leiden gemäss der Pain-in-Europe-Studie (2003) rund 300 000 Menschen unter Schmerzen. Und obwohl es handliche Skalen zur Schmerzerfassung gibt, setzen nur 12 Prozent der Ärzte solche Instrumente ein – entsprechend ungenau erfolgt dann die Schmerztherapie.

Schmerz ist unsichtbar und anderen kaum zu vermitteln. Deshalb geraten Patienten mit Schmerzen immer noch in Beweisnotstand. Sie müssen dem Arzt und der Pflegefachfrau glaubhaft machen, wie sehr sie leiden. Dabei ist seit den 80er Jahren als Pflegestandard festgehalten: «Schmerz ist das, was der Patient beschreibt und existiert, wann immer er es sagt!» (Mc Caffrey & Beebe).

Aber in der Praxis werden die Schmerzen der Patienten von den «Profis» immer noch niedriger eingeschätzt als von ihnen selbst.

Dabei wäre es deren Aufgabe, sich mit Zuwendung und Anteilnahme dem Drama des Schmerzes zu öffnen, indem sie:

- die verbalen und nonverbalen Zeichen aufnehmen
- aktiv zuhören
- die Schmerzerfahrung und Bewältigungsstrategien der Patienten kennen lernen und als Ressource nutzen
- die Patienten ernst nehmen in ihrem Schmerz und ihn anerkennen.

«Schmerz ist ein Meister, der uns klein macht,
Ein Feuer, das uns ärmer brennt,
Das uns vom eigenen Leben trennt,
Das uns umlodert und alleine macht»
Hermann Hesse

Nie gleicht ein Schmerz dem anderen, denn jeder Mensch hat seinen höchst persönlichen Schmerz, begleitet von weiteren körperlichen Symptomen.

Trotzdem bleibt er immer subjektiv, begründet im Mensch selber, ihm gehörend, geprägt durch die Bedeutung, die er ihm gibt. Gerade deshalb ist das Erfassen der Intensität eines fremden Schmerzes «nur» das Wahrnehmen und Interpretieren objektiver Zeichen, nämlich über das Sichtbare und Hörbare. Schmerz ist deshalb nicht einfach zu bestimmen, weil es eine komplexe Erfahrung ist. Wird er nur ungenügend erfasst, führt dies zu schmerzhaften Konsequenzen für die Betroffenen: Depression, Rückzug aus sozialen Aktivitäten, Schlafstörungen, Behinderung in ihrer Mobilität, und zuletzt der Wunsch, zu sterben. Praktisch 100 Prozent der Schmerzpatienten wollen deshalb Euthanasie, weil sie die entsetzlichen Schmerzen nicht mehr länger ertragen können.

Ohne Schmerzerfassung keine effektive Therapie

Ohne eine regelmässige Schmerzmessung und schriftliche Dokumentation ist eine effektive Schmerztherapie nicht realisierbar. Ausführliche Befragungen von Patienten, Pflegenden und Ärzten für verschiedene Schweizer Studien ergaben jedoch, dass die Schmerzstärke nicht systematisch gemessen und dokumentiert wird. Pflegende forderten die Patienten zwar häufiger auf als die Ärzte, ihren Schmerz einzuschätzen, allerdings muss man sich fragen, wie aussagekräftig dies ist, da noch immer 70 Prozent der Ärzte und 60 Prozent der Pflegenden kein Messinstrument zur Schmerzerfassung verwenden.
Die Studie «Pain in Europe», mit 46 000 Befragten aus 16 Ländern, ergab noch ganz andere Ergebnisse: Danach würden nur 12 Prozent der Ärzte eine Schmerzskala einsetzen, um den Grad des Schmerzes zu erfassen. Kein Wunder, dass 39 Prozent der befragten Patienten angeben, dass ihr Arzt zwar die Ursache der Krankheit behandle, nicht aber den Schmerz. Jeder Sechste (17 Prozent) sagt, der Schmerz sei manchmal so stark, dass er nicht mehr leben möchte. Im Durchschnitt leben Betroffene seit 7,7 Jahren mit ihren chronischen Schmerzen. Jeder Vierte (26 Prozent) bereits seit über 20 Jahren.

Wie Schmerz bei Dementen messen?

Wie Schmerzerfassung bei kommunikationsgestörten Menschen aussieht, liess noch bis vor wenigen Jahren ein Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht aufkommen, weil noch keine befriedigenden Erfassungsinstrumente zur Verfügung stehen. Es galt daher, bei dementen Menschen, die ihre Schmerzen kaum mehr verbalisieren können, auf indirekte Schmerzäusserungen oder nonverbale Ausdrucksformen zu achten. Roland Kunz (in «Schweiz Med Forum» Nr. 5 2002, S. 100 ff.) beschreibt in der folgenden Auflistung, welche somatischen (körperlichen) Formen als Ausdruck von Schmerzen gedeutet werden können:

- Schmerzlindernde Position in Ruhe: Schonhaltung; beispielsweise Embryonalstellung
- Schonbewegung: asymmetrische Bewegungen
- Erhöhter Muskeltonus
- Schutz der schmerzhaften Zone durch die Hände
- Grimassen
- Verminderung der psychomotorischen und sozialen Aktivität: Rückzug, Teilnahmslosigkeit, Bewegungsarmut, Pseudodepression
- Aggressivität; ängstlicher, gespannter Blick
- Schlaflosigkeit
- Schreien, Stöhnen

Daneben gilt es folgendes zu beachten:

- Mimik und Körpersprache können eingeschränkt und daher im Hinblick auf Schmerzen weniger aussagekräftig sein.
- Klagen von Seiten der Patienten bleiben manchmal ganz aus, in anderen Fällen gibt es nur schwer verwertbare Angaben, die die tatsächlichen Schmerzen beziehungsweise Schmerzregionen oft nicht erkennen lassen. Der Ausdruck «Schmerz» wird häufig verneint, aber verwandten Begriffen wird durchaus zugestimmt. Folgen von Schmerzen werden eher thematisiert, wie beispielsweise Schlafstörungen.
- Ein besonderes Problem sind Vorurteile wie die falsche Vorstellung, Schmerzen seien im Alter «normal», oder die unzutreffende Meinung, «nicht-maligne Schmerzen können nicht so weh tun».

Deshalb ist es besonders wichtig, bei alten Patienten noch stärker als sonst auf indirekte Schmerzzeichen zu achten. Zu diesen gehören, neben den oben erwähnten:

- Unruhe, Schwitzen
- Angespannter Gesichtsausdruck
- Veränderter Atemrhythmus
- Verhaltensveränderungen
- Appetitverlust
- Verwirrtheit
- Verschlechterung des Allgemeinzustandes

Darum erhält die Zusammenarbeit eines multidisziplinären Teams einen hohen Stellenwert. Auch der Einbezug der Angehörigen ist von grosser Bedeutung, denn sie können oft Auskunft geben, ob die betroffene Person früher schon Schmerzmedikamente eingenommen hat oder wie sie mit Schmerz umgegangen ist.

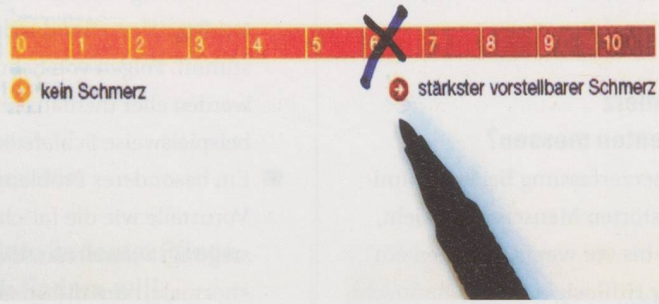
Schmerzen, wo keine vermutet worden waren

«Der Schmerz ist ein heiliger Engel; durch ihn allein sind mehr Menschen grösser geworden als durch alle Freuden der Welt».

Adalbert Stifter

Vermehrt erproben Kliniken neue Instrumente, um Vorkommen und

Numerische Rangskala
Bitten Sie den Patienten, einen Wert zu wählen, der seinen Schmerzspiegel in dem betrachteten Zeitraum am besten darstellt.
(0 steht für keinen Schmerz und 10 für den stärksten vorstellbaren Schmerz)



Der Schmerz ist immer so gross, wie der Patient angibt – und das gilt es täglich zu erfassen.

Intensität von Schmerz bei stationären geriatrischen Patienten zu erfassen. Mittels eines strukturierten Fragebogens wurden in einer deutschen Studie (Bettina Wagener-Floer et al.: «Vorkommen und Intensität von Schmerzen bei alten Menschen auf geriatrischen Stationen», PrInterNet 2004) in einem Zeitraum von sechs Wochen alle anwesenden geriatrischen Patienten aus neun Krankenhäusern über Vorkommen und Intensität von Schmerzen zum Zeitpunkt des Interviews, in Ruhe und bei Bewegung oder Husten befragt. Die Schmerzintensität wurde mit einer vertikalen visuellen Analogskala ermittelt. Zum Zeitpunkt der Befragung hatten 38,2 Prozent der geriatrischen Patienten Schmerzen. Schmerzen in Ruhe hatten 40,4 Prozent der Patienten und 54,9 Prozent gaben Schmerzen bei Bewegung oder Husten an. 71,4 Prozent der Patienten mit Ruheschmerz berichten über mittlere oder starke Schmerzen, während es sogar 80 Prozent der Älteren mit Bewegungsschmerz sind. Gemäss Pflegeexperten stellt sich die Situation in der Schweiz ganz ähnlich dar. Insgesamt ist die Schmerzsituation stationärer, geriatrischer Patienten als unbefriedigend zu bezeichnen. Eine systematische Schmerzerfassung mit standardisierten, individuell angepassten Schmerzerfassungsinstrumenten könnte ein erster Schritt hin zur Verbesserung dieser Situation sein. Werden die Schmerzkriterien nicht konkret erhoben, zum Beispiel Dauer, spezielle Lokalisation oder Zeitpunkt des Schmerzerlebens, ist keine adäquate Behandlung möglich. Das hat zur Folge, dass sich die Schmerzen chronifizieren können und damit die Lebensqualität des Betroffenen wesentlich beeinträchtigen. Eine Qualitätsverbesserung bei der Betreuung der Patienten mit Schmerzen ist also nur mit einer detaillierten Schmerzerfassung möglich.

Dabei wird eruiert:

- Wo ist der Schmerz (eventuell mehrere Schmerzlokalisationen!)?
- Was ist es für ein Schmerz (Schmerzqualität)?
- Wie stark ist der Schmerz (Schmerzintensität)?

Für die Schmerzerfassung bei Patientinnen und Patienten mit kognitiver Beeinträchtigung, was dazu führt, dass die Patienten nicht sprechen können, wurde am Universitätsspital Zürich das Schmerzerfassungsinstrument ZOPA entwickelt, welches zurzeit von zwei Studentinnen der Universität Witten/Herdecke im Rahmen einer Qualifikationsarbeit zum Master of Science in Nursing in Kooperation mit dem Pflegedienst USZ wissenschaftlich getestet und weiterentwickelt wird. Dieses Instrument wird Mitte Juli 2007 der Öffentlichkeit vorgestellt.

Interventionelle Schmerzdiagnostik

«Er konnte Schmerzen so gut ertragen wie jeder andere, bis sie zu lange anhielten und ihn aushöhlten, aber hier hatte er etwas, das

Schmerzerfassung bei Kleinkindern

Das Schmerzassessment bei Kindern geschieht mit dem KUSS (Kindliche Unbehagens- und Schmerzskala, Wolfgang Büttner):

Es gilt anzukreuzen:

Weinen:
- ❍ Nicht 0
- ❍ Stöhnen, Jammern, Wimmern 1
- ❍ Schreien 2

Gesichtsausdruck:
- ❍ Entspannt, lächelnd 0
- ❍ Mund verzerrt 1
- ❍ Mund und Augen grimassieren 2

Rumpfhaltung:
- ❍ Neutral 0
- ❍ Unstet 1
- ❍ Aufbäumen, Krümmen 2

Beinhaltung:
- ❍ Neutral 0
- ❍ Strampelnd, tretend 1
- ❍ An den Körper gezogen 2

Dazu weist folgendes Verhalten des Kleinkindes auf Schmerzen hin:

- Lässt sich nicht beruhigen
- Schläft schlecht
- Zieht sich zurück
- Isst weniger
- Spielt weniger
- Ist weniger lange aufmerksam

entsetzlich weh getan hatte, und gerade als er fühlte, dass es ihn zerbrach, hatte der Schmerz aufgehört.»

Ernest Hemingway,
«Schnee am Kilimandscharo»

Die so genannte diagnostische Anästhesie erlaubt es, den Schmerz mithilfe von bildbasierten Diagnosemethoden der Radiologie exakt zu lokalisieren, die Art des Schmerzes zu bestimmen und damit auch seine Ursachen ausfindig zu machen. Weil es Schmerzen gibt, die sich nicht mit den klassischen physiotherapeutischen, medikamentösen oder anderen konservativen Therapieformen lindern lassen, können hier Fachärzte der Abteilung für Interventionelle Schmerzdiagnostik und -therapie mit speziellen Behandlungsmethoden weiterhelfen. Hierbei handelt es sich um Beschwerden, die durch das so genannte «Schmerzgedächtnis» hervorgerufen werden. Bei der Interventionellen Schmerztherapie, wie sie zum Beispiel von der Schmerzklinik Kirschgarten angewendet wird, wird mit den unterschiedlichsten Instrumenten in den Schmerzherd eingegriffen. Bei der Facettotherapie beispielsweise, die zur Bekämpfung von Rückenschmerzen eingesetzt wird, wird flüssiger Stickstoff in die Nervenenden eingeführt, was diese für 12 bis 18 Monate unempfindlich und damit schmerzfrei macht. Dadurch besteht die grosse Chance, dass die Rückenschmerzen nicht wieder auftreten, weil mittlerweile das Bewegungssegment schmerzfrei mobilisiert oder physiotherapeutisch angegangen werden kann.

Nur der Patient kann sagen, wie seine Schmerzen sind

«Wenn ich meine Schmerzen in Worten beschreiben müsste, würde ich sagen, dass es eine Sportolympiade ist – ein Ziehen (Tauziehen), ein Druck (Gewichtheben) und ein Stechen (Speerwurf) zugleich», schildert es die 15-jährige Melanie, eine Krebspatientin auf die Frage des Arztes sehr plastisch.

Mangelndes Wissen und falsche Überzeugungen seitens der Pflegenden, Ärzte und Patienten verhindern, dass der Schmerz auf ein erträgliches Mass gemindert wird. Die Zurückhaltung bei der Gabe von Opiaten wird oft mit der Sorge begründet, die Patienten könnten medikamentenabhängig werden, was völlig unbegründet ist, wie Peter R. Müller von der Krebsliga Schweiz bestätigt. Ein weiterer Grund für ein inadäquates Schmerzmanagement ist, wie erwähnt, die oft wenig systematische Einschätzung der Schmerzintensität. Es scheint tatsächlich immer noch Pflegende zu geben, die überzeugt sind, dass sie die Schmerzintensität allein durch Beobachtungen des Verhaltens oder Ausdrucks der Patienten erkennen. Aber nur die Einschätzung der Schmerzsituation durch den Patienten selbst bietet eine zuverlässige Grundlage für ein effektives Therapiekonzept. Ein weiteres Problem ist eine oft lückenhafte Dokumentation des Schmerzverlaufs. Dies führt unter anderem zu einer unzureichenden Information des therapeutischen Teams über die Schmerzsituation des Betroffenen und dadurch zu einer ungenügenden Schmerzbehandlung. Fazit: Es gibt immer noch zu viel Leiden in der Schweiz, das gar nicht nötig wäre. ■

Ursache ungenügender Schmerzerfassung

■ *60 Prozent der Ärzte und 70 Prozent der Pflegenden sollen gemäss der Pain-in-Europe-Studie kein Messinstrument zur Schmerzerfassung verwenden – wie kann das sein?*
Iren Bischofsberger: In der Schweiz besteht generell ein Nachholbedarf in der Nutzung von Erfassungsinstrumenten. In der Pflege werden die Praktikerinnen deshalb seit einigen Jahren überflutet mit Erhebungsinstrumenten, die sie einsetzen sollen. Im hektischen Klinikalltag wird über die Behandlung oft ad hoc entschieden und zu wenig aufgrund sorgfältiger Prüfung der erhobenen Assessment-Daten. Wenn dann diese aufwendig erhobenen Daten bei der Wahl der Interventionen zu wenig mit einbezogen werden, führt das naturgemäss zu einer doppelten Frustration – und zu einem Datenfriedhof.

■ *Bräuchte es mehr Weiterbildung, um diesem Missstand abzuhelfen?*
Bischofsberger: Meines Erachtens liegt es nicht in erster Linie an mangelnder Weiterbildung, denn diese allein ist ja keine Garantie für eine gute Praxis, sondern an mangelndem interdisziplinärem Diskurs, vor allem jenem zwischen Medizin und Pflege. Aber die heutigen Bildungsmöglichkeiten für Bachelor und Master, die stark klinisch ausgerichtet sind, bieten eine gute Basis für ebenbürtige Fachgespräche, um beispielsweise die Schmerzbehandlung gemeinsam anhand der erhobenen Daten zu diskutieren. Vielfach fehlt den Pflegenden das Selbstverständnis, mit ihren Daten und Erkenntnissen mitzureden. *(mb)*

Zur Person:
Iren Bischofsberger ist Pflegewissenschafterin am WE'G Weiterbildungszentrum für Gesundheitsberufe.