

Schmerz

Schmerzen, Schmerzzustände

Kommentar

Der Schmerz ist ein subjektives Symptom. Er gibt normalerweise bekannt, dass sich die schmerzende Körperregion in Gefahr befindet, und dass man etwas dagegen unternehmen muss. Wird die Ursache nicht behoben, entwickeln sich chronische Schmerzzustände. Bei alten Menschen, die viele Gebrechen haben, ist es oft besonders schwer, die Ursache für einen bestimmten Schmerz zu finden oder diese gar zu beheben. Vor allem chronische oder immer wiederkehrende Schmerzen, die mit keinem Analgetikum in den Griff zu bekommen sind, können einen Menschen an den Rand der Verzweiflung bringen, so dass viele permanent mürrisch und gereizt reagieren. Die Intensität der Schmerzen wird von Person zu Person sehr unterschiedlich wahrgenommen. Da der Schmerz an sich nicht messbar ist, kann ein Außenstehender kaum beurteilen, wie stark der Betroffene unter den angegebenen Schmerzen tatsächlich leidet.

Pflegeziele:

1. Der Bewohner soll eine in seiner Situation hilfreiche Schmerzbehandlung herausfinden bzw. erhalten.
2. Er soll lernen, mit einer vorübergehenden oder chronischen Schmerzsituation besser umzugehen.

Maßnahmen:

A) Bei akut auftretenden Schmerzen

(z.B. Nieren-/Gallenkolik, Herzinfarkt, akuter Gefäßverschluss, Magengeschwür, lokale Infektion, Pankreatitis, Verletzung, Ischialgie o.a.m.)

1. Bei allen bedrohlich wirkenden Schmerzzuständen (z.B. Verdacht auf Herzinfarkt) sofort den Arzt bzw. Notarzt benachrichtigen !!
2. Intensität und genaue Lokalisation der Schmerzen erfragen (Pflegefachkraft), z.B.: "Zeigen Sie mir bitte, wo Sie den Schmerz am stärksten spüren? Tut es nur an dieser Stelle weh oder strahlen die Schmerzen irgendwohin aus? Ist es mehr ein bohrender, stechender, klopfender, zerreißender oder eher ein unterschwelliger Schmerz? Wird er immer stärker oder haben Sie das Gefühl, dass er langsam wieder abklingt? Macht Ihnen der Schmerz Angst? Haben Sie so einen Schmerz schon einmal gehabt? Möchten Sie, dass wir den Arzt anrufen?"
3. Verhalten des Bewohners und Begleiterscheinungen beobachten: z.B. Schweißausbruch, Kreislaufstörung (Puls/Blutdruck), Temperatur, lokale Wärme, Rötung, Schwellung, veränderte Körperhaltung u.a.m.
4. Erscheint die Situation nicht so sehr dramatisch oder handelt es sich um einen häufig erlebten Zustand, der erfahrungsgemäß durch Ruhe oder ein bestimmtes Hausmittel von alleine wieder abklingt, so sollte die Plegefachkraft die weitere Entwicklung zunächst engmaschig beobachten. Verschlimmert sich der Zustand jedoch, ist der Arzt zu benachrichtigen.
5. Die Beobachtungen, Kontrollwerte und alle getroffenen Maßnahmen werden bis zum Abklingen des Schmerzes genau dokumentiert.

HINWEIS: Bei Tumorschmerzen s. auch Expertenstandard Schmerzmanagement

B) Bei chronischen oder häufig wiederkehrenden Schmerzzuständen:

1. **Schmerzanamnese erheben:** Den Bewohner konkret nach seinen Schmerzen befragen: z.B. "Wie fühlt sich dieser Schmerz an? Ist er gleichbleibend stark? In welchen Situationen nimmt der Schmerz zu oder ab? Wie stark fühlen Sie sich durch Ihre Schmerzen insgesamt beeinträchtigt? Was haben Sie bisher dagegen unternommen? Mit welchem Ergebnis? Welche Hoffnung hat der Arzt Ihnen gemacht?"
2. **Schmerzprotokoll anlegen** (in Absprache mit Arzt und Bewohner): Bewohner über die Bedeutung einer genauen Langzeitbeobachtung eingehend informieren; falls er dazu in der Lage ist, sollte er das Protokoll selbständig führen.
3. **Therapieplan entwickeln:** Gemeinsam mit dem behandelnden Arzt oder ggf. Schmerztherapeuten und dem Kranken.
4. **Schmerzprotokoll 1 x wöchentlich auswerten:** (Arzt, zuständige Plegefachkraft, Bewohner); Therapieplan je nach Ergebnis ändern bestätigen; Verlauf weiterhin protokollieren.

Weiteres Therapieangebot des Pflegedienstes:

6. **Visualisierung bei punktuellen, intermittierenden Schmerzen:** "Sobald der Schmerz kommt, atmen Sie ruhig und gezielt in den Schmerzpunkt hinein. Bei jeder Ausatmung stellen Sie sich vor, den Schmerz mit der Atemluft langsam (Lippenbremse) auszuatmen."
7. **Ablenkung vom Schmerz** durch Beschäftigung mit anderen interessanten Themen, s. Langw.
8. Je nach Situation, *Literaturangebot: Mit dem Schmerz leben.*

Kommentar zum Standard Schmerz

Warum dieser Standard?

Schmerzen sind seit je her ein zentrales Thema der Heilkunde. Wurden im Mittelalter Schmerzzustände noch mit Rauschmitteln, insbesondere Alkohol, betäubt oder Narkosen mit dem Holzhammer durchgeführt, so stehen den Ärzten und Patienten heute eine schier unübersehbare Fülle von Schmerzmitteln (Analgetika, Narkotika etc.) zur Verfügung. Für jedes Wehwehchen gibt es eine andere Pille. Demnach dürfte sich eigentlich kein Mensch mehr mit Schmerzen herumschlagen müssen. Um so erstaunlicher erscheint die Feststellung, dass zunehmend mehr Menschen von chronischen Schmerzen geplagt werden. Menschen, die von einem Arzt zum anderen laufen, ungezählte Medikamente ausprobiert haben und feststellen mussten, dass jedes Mittel immer nur für kurze Zeit Schmerzlinderung/-freiheit brachte. Wegen der starken Nebenwirkungen (Müdigkeit, Antriebslosigkeit, Nieren- und Leberschädigung, Abhängigkeit u.v.a.m.) versuchen viele Schmerzpatienten, mit möglichst wenig Analgetika auszukommen. Doch auch die Akupunktur und viele andere alternative Angebote können keine Heilung bringen, solange die Schmerzursache weiter besteht. Fast alle Maßnahmen, die heute zur Schmerzbekämpfung eingesetzt werden, sind symptomatischer Natur. In diesem Zusammenhang wird häufig folgender Vergleich mit einer Warnleuchte gebracht: "Würden Sie bitte einmal nachsehen, was mit meinem Auto nicht in Ordnung ist, das rote Alarmlämpchen brennt." - "Das ist kein Problem", sagt der Monteur und schraubt das Birnchen heraus. "Sehen Sie, alles in Ordnung, jetzt können Sie wieder weiterfahren." Einen ähnlichen Effekt haben auch Schmerzmittel: sie unterbrechen die Reizleitung zum Schmerzzentrum. So begrüßenswert es ist, dass die heutige Medizin im Grunde jedem Menschen Schmerzfremheit garantieren kann (zumindest vorübergehend), so problematisch wirkt sich die fehlende Auseinandersetzung mit der eigentlichen Schmerzursache langfristig aus. Krankheit bzw. Schmerzen werden nicht als Chance genutzt, die schädigenden Faktoren ausfindig zu machen und zu beseitigen, sondern lediglich betäubt.

In einer Akutsituation, wie einem Unfall, einer Operation oder akuten lokalen Entzündung, stellt die Schmerzausschaltung eine Behandlungsvoraussetzung dar. Solange man sich gleichzeitig darum bemüht, die Schmerzursachen zu beheben oder wenn man genau weiß, woher der Schmerz kommt und dass er nach einer gewissen Zeit wieder verschwindet, sind Schmerzmittel ein wahrer Segen. Niemand sollte unnötig leiden müssen!! (Ein Kranker kann unter bestimmten Umständen sogar Schmerzfremheit einklagen.)

Bei chronischen Schmerzzuständen ist die Ursache mitunter auch bekannt, nur lässt sich diese scheinbar nicht beheben. Schmerzen sind nicht nur hinsichtlich ihrer Stärke

subjektiv, sondern auch hinsichtlich ihrer Ursache. So zeigen sich gerade bei unerklärlichen Schmerzzuständen Placebos mitunter als hochwirksam, sofern sie entsprechend angepriesen werden. Schmerzen haben also viele Gesichter, weshalb auch differenzierte Maßnahmen erforderlich sind. Mit dem nebenstehenden Standard wird ein erweitertes und individuelles Hilfsangebot vorgestellt, das den bislang üblichen Rahmen sprengt, jedoch durchaus praktikabel ist.

Qualitätssicherung:

Bei plötzlich auftretenden, unerwarteten oder unbekanntem Schmerzen, steht nicht nur der Betroffene sondern auch potentielle Helfer mitunter ratlos da. Während man im Krankenhaus sofort nach dem Arzt läuten kann, weil dieser immer präsent ist, sind Pflegende in Altenheimen zunächst meist auf sich gestellt. Sie müssen dann auf Grund ihrer Erfahrung den Ernst der Lage individuell abwägen. Manche rufen lieber sofort den Arzt, während andere in der gleichen Situation zunächst einmal zuwarten. Denn ebenso subjektiv wie das Schmerzempfinden ist auch das Verhalten der Helfer. Da die Situationen so unterschiedlich und vielfältig sein können, muss man sich im Grunde auf sein Gefühl verlassen. Auf das instinktiv angeborne Gespür für Gefahr, das sich in bedrohlichen Situationen in Form von Angst meldet. Deshalb sollte man in allen Fällen, in denen der Betroffene seine Schmerzen angstvoll erlebt, sicherheitshalber den Arzt rufen und sei es nur, damit dieser den Kranken beruhigt und ihm bestätigt, dass es keinen Grund zur Sorge gibt. Alleine diese Beruhigung, kann in vielen Fällen bereits die Schmerzen zum Abklingen bringen. Aber auch wenn der Kranke selbst keine Angst äußert, vielleicht weil er besonders tapfer erscheinen will, die Pflegeperson jedoch ein ungutes Gefühl hat und ihr die Situation nicht geheuer vorkommt, sollte sie zur eigenen Absicherung den Arzt anrufen und ihm die Situation schildern.

Wie bereits erwähnt, lässt sich das Phänomen Schmerz längst nicht in jedem Falle mit Tabletten oder Spritzen beheben. Deshalb sind Alternativen gefragt, und es werden auch zunehmend alternative Ansätze diskutiert und erprobt. Dabei versucht man zumeist, den typischen **Schmerzkreislauf** zu unterbrechen: Schmerz (körperliches Symptom) - Vermeidungshaltung/ Konzentration auf den Schmerz (psychisches Symptom) - körperlich/seelische Verspannung (Schmerzverstärkung). Ergänzend oder alternativ zur medikamentösen Schmerztherapie (Körperebene) müsste demnach auch auf der psychischen Ebene angesetzt werden. Wenn Verspannung ein Problem ist, können Entspannungstechniken die Lösung sein. Alternativ könnten auch Reflexzonenbehandlungen, Akupressur und Homöopathie in die Therapieüberlegungen einbezogen werden. Vorausgesetzt es stehen Personen mit entsprechenden Erfahrungen zur Verfügung.

Kommentar zum Schmerzprotokoll

Warum dieses Protokoll?

Eine Protokollierung anhaltender Schmerzzustände wird heute von Schmerztherapeuten allgemein empfohlen. Die Vorteile hierfür liegen auf der Hand:

1. Der Kranke lernt, die Zusammenhänge zwischen einer Verschlimmerung bzw. Verbesserung seiner Schmerzen und den möglichen Auslösefaktoren genau zu beobachten und ist dadurch in der Lage, einer Schmerzattacke gezielt entgegenzusteuern. Er setzt sich aktiver mit seinem Schmerz und den ursächlichen Zusammenhängen auseinander und fühlt sich nicht bloß hilflos ausgeliefert und vom Schmerz überrollt. Oberstes Ziel jeder langfristigen Schmerztherapie sollte die Stärkung der eigenen Kompetenz im Umgang mit dem Schmerz sein.

2. Schmerztherapeuten, Ärzte und Pflegepersonen können anhand der Aufzeichnungen ebenfalls

bestimmte Zusammenhänge besser erkennen und bei der Therapiegestaltung individuell berücksichtigen. Insbesondere kann festgestellt werden, inwieweit ein bestimmtes Medikament in der verabreichten Dosis wirkt, welche Entspannungsübung, welche Musik, welche Aromastoffe etc. sich als besonders wirksam erweisen.

3. Ein detailliertes Protokoll ermöglicht zudem einen Qualitätsnachweis und lässt sich auch gut zu Studienzwecken verwenden.

Der vorliegende Bogen wurde in Anlehnung an verschiedene Vorlagen gestaltet. Durch Ankreuzen der Schmerzintensität 1-7 lassen sich Schmerzspitzen schneller herauslesen und Tagesverläufe auch graphisch miteinander vergleichen (Schmerzkurve).

Qualitätssicherung:

Abgesehen von den wenigen Kliniken, die speziell ausgebildete Schmerztherapeuten beschäftigen, wird die Schmerzbehandlung allgemein eher situativ nach Bedarf und Ermessen des behandelnden Arztes gehandhabt. Dabei lässt sich beobachten, dass Schmerzzustände bei jüngeren Menschen i. d.R. ernster genommen werden als bei alten, wie auch bereits im Zusammenhang mit der Verschreibung von Betäubungsmitteln in Altenheimen ausgeführt wurde, s. MedBTM.

So wundert es nicht, dass das Ansinnen, nun auch noch ein Schmerzprotokoll zu führen, von den meisten Altenpflegekräften aber auch Hausärzten, als nicht nötig und scheinbar nicht realisierbar

abgelehnt wird. Wie will man jedoch anders an die Ursachen herankommen, als über eine gezielte

Langzeitbeobachtung? Derzeit werden insbesondere ältere Menschen, die unter chronischen oder ständig wiederkehrenden Schmerzen leiden i.d.R. wie folgt 'behandelt': "Schwester kann ich bitte noch eine Spritze haben, ich halte das nicht mehr aus?" - "Aber Fr. X, Sie hatten doch gerade vor einer Stunde erst eine, wir dürfen Ihnen frühestens in anderthalb Stunden die nächste Spritze geben."- "Bis dahin halte ich das aber nicht aus; Sie glauben nicht, was das für Schmerzen sind. Fragen Sie doch bitte nochmal den Doktor!" Notgedrungen ruft die Schwester erneut den Hausarzt an, oder sie spritzt der Bewohnerin, anstatt des üblichen Analgetikums z.B. 2 ml NaCL und hofft, dass diese dadurch für kurze Zeit Ruhe gibt. Kaum jemand fragt sich, warum der Kranke am Nachmittag in wesentlich kürzeren Abständen nach Schmerzmitteln verlangt, als am Vormittag, wo das 2,5 Stundenintervall scheinbar ausreichte (jedenfalls steht nichts Gegenteiliges im Pflegebericht).

Bewusst wird in Standard und Kommentar keine Aussage zu einzelnen Medikamenten und Dosierungsschemata gemacht, da dies grundsätzlich Aufgabe des Arztes ist. Die Pflegenden sollten jedoch die Wirkungsweise aller regelmäßig verordneten Medikamente kennen, um den Kranken entsprechend beobachten zu können. In jedem Falle sollten die Pflegenden ihre Erfahrungen in die Therapiegestaltung aktiv einbringen, denn es geht doch vor allem darum, das Beste für den Bewohner zu tun, und dabei kann jede kleine Beobachtung von großer Bedeutung sein. Jeder, der selbst schon einmal Schmerzen hatte, weiß wie diese sich auf alle Ebenen des Seins auswirken. Man kann an nichts anderes mehr denken, wie beispielsweise an den kleinen Finger, den man sich eingeklemmt hat. Solange der Schmerz da ist, fällt es schwer, sich auf etwas anderes zu konzentrieren. Man reagiert ungehalten und mürrisch, wenn jemand etwas will und nicht berücksichtigt, dass man doch gerade unter fürchterlichen Kopfschmerzen etc. leidet. Die Tatsache, dass ältere Menschen i.d.R. mit Schmerzen besser umgehen können als Kinder und Jugendliche, einfach weil sie im Laufe ihres Lebens schon mehr durchgemacht haben, berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese weniger leiden. Sie heulen und jammern vielleicht nicht, weil sie wissen, dass das nicht viel nützt, sondern leiden eher still vor sich hin. Aber dies darf lange noch kein Grund sein, Schmerzzustände bei alten Menschen weniger ernst zu nehmen und sich weniger ernsthaft um Abhilfe zu bemühen.

Schmerzfreiheit muss eine ganz besondere Qualität sein, wenn man bedenkt, dass jährlich alleine in der BRD 1.2 Milliarden DM für Analgetika ausgegeben werden.

Literaturempfehlung u.a.:

Broome, Jellicoe (1989) Mit dem Schmerz leben. Huber Verlag (Anleitung zur Selbsthilfe; kurz, klar, pragmatisch - sollten Pflegende lesen, bevor sie sich mit dem Standard auseinander setzen.)

Geissner, Jungnitsch (1992) Psychologie des Schmerzes. Psychologie Verlags Union, Weinheim.

Simon, L. (1994) Gesichtspunkte zum Verständnis des Schmerzes aus anthroposophischer Sicht.

In: Pflegehandbuch Herdecke. Springer Verlag.

Schmidt, Struppler (1983) Der Schmerz: Ursachen, Diagnose, Therapie. Piper Verlag.

Nachtrag zum Schmerzstandard und Protokoll, September 2005

Der in 2004 verabschiedete Expertenstandard Schmerzmanagement, bezieht sich nur auf Schmerzzustände in Folge einer Krebserkrankung. Die Schmerzen an denen vorwiegend alte Menschen leiden, wie Rheuma, Osteoporose etc. wurden dabei ebenso ausgeklammert wie typische akute Schmerzzustände. Für den Altenpflegebereich ist das im Expertenstandard empfohlene allenfalls in bestimmten Einzelfällen anwendbar. Der hier vorliegende Standard Schmerz ist dadurch keineswegs überflüssig geworden, schließlich sollte jeder Patient/Bewohner der unter Schmerzen leidet eine kompetente Betreuung und Schmerzlinderung erwarten können.