

Ethik in der Schmerztherapie

Starker postoperativer Schmerz ist der wichtigste Faktor für die Entstehung von chronischen Schmerzen - speziell nach Amputationen, Inguinalhernien, Mastektomien, Cholezystektomien sowie Thorakotomien. Nicht nur das perioperative Schmerzmanagement, sondern auch jenes am Ende des Lebens ist von zentraler Bedeutung. **Von Günther Weber***

Grundlagen der Ethik

Ethik ist nach Körtner die Reflexion, welche das menschliche Handeln anhand der Beurteilungsalternativen von gut und schlecht auf seine Sittlichkeit überprüft. Im Unterschied zur Ethik (der Begriff stammt von Aristoteles) bezeichnet der Begriff Ethos (griechisch) die Verhaltensnormen der gesamten Gesellschaft oder einer Gruppe, die auf Grund der Tradition akzeptiert und stabilisiert werden.

Medizinethik ist keine Sonderethik, sondern eine Ethik in besonderen Situationen. Diese bezieht sich nicht nur auf das ärztliche Handeln und das Verhalten von Patienten, sondern auf Handlungssituationen in der Klinik, im Krankenhaus, im Pflegeheim und in der Ordination; sie umfasst auch die ethischen Probleme des institutionellen Handelns wie zum Beispiel Verteilungsgerechtigkeit im Gesundheitswesen.

In Österreich gibt es rund 1,7 Millionen Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden. Dadurch werden jährlich rund 2,7 Milliarden Euro für Arzt- und Therapiekosten verursacht. Davon sind volkswirtschaftlich 1,7 Milliarden pro Jahr zu veranschlagen, durch den Produktivitätsverlust 1,1 Milliarden und an Pensionszahlungen rund 430 Millionen Euro. Das heißt: Rund 21.000 Per-



sonen gehen wegen einer inadäquaten Schmerztherapie in Frühpension. Davon sind 24 Prozent Frauen und 17 Prozent Männer betroffen. EU-weit beträgt der Produktivitätsverlust 300 Milliarden Euro pro Jahr. In einer Untersuchung der European Pain Survey konnte gezeigt werden, dass rund 39 Prozent der Patienten weniger als sechs Monate auf eine adäquate Schmerztherapie warten müssen,

wohingegen sechs Prozent 20 Jahre oder länger benötigen, um eine entsprechende Kontrolle ihrer Schmerzsymptomatik zu erhalten.

Eine österreichische Untersuchung (Der österreichische Patientenbericht) hat ergeben, welche Erwartungen Schmerzpatienten an ihren behandelnden Arzt haben:

1. ein ausführliches Gespräch;

2. die Reduktion der Schmerzen auf ein erträgliches Maß;
3. keine Einschränkungen im täglichen Leben;
4. gut ausgebildete Allgemeinmediziner;
5. ausreichende Information;
6. Kontaktdaten zu Schmerzspezialisten;
7. Wohnortnähe und eine kurze Wartezeit.

In der Studie hat sich auch gezeigt, dass 98 Prozent der Menschen mit chronischen Schmerzen sich sehr wohl dabei fühlten, wie sie ihre Schmerzsymptomatik mit ihrem Hausarzt besprechen konnten, wobei hier der biopsychosozialen Anamnese hohe Bedeutung zukommt.

2. Psychische Risiken (Yellow flags): Diesen wird erst in letzter Zeit vermehrt Beachtung geschenkt. Dazu zählen psychosoziale Überforderung und/oder Traumatisierungen, Defizite im Hinblick auf so genannte assertive Kompetenzen (Selbstsicherheit, Selbstbehauptung), emotionale Beeinträchtigungen (Depression, Angst), passive Grundeinstellungen, inadäquate Vorstellungen vom Krankheitsmodell, operative Faktoren (sogenannte Krankheits-Gewinnaspekte), psychische Komorbidität (Angst- und Persönlichkeitsstörungen) sowie Depression, Somatisierungsstörungen und Suchterkrankung.

reichende Therapiekontrolle hinsichtlich des Erreichens/Nicht-Erreichens der vereinbarten Ziele und hinsichtlich der Anzeichen eines missbräuchlichen Verhaltens sowie fortgesetzte, invasive oder Opioidtherapie trotz mangelnden Therapieerfolges.

Nicht zu vernachlässigen sind jedoch in diesem Bereich auch die Red flags, zu denen Frakturen der Wirbelsäule gehören, Tumore oder Osteolysen sowie Entzündungen. Nicht-steroidale Antiphlogistika sollten beim Kreuzschmerz keine Dauerbehandlung sein, sondern nur befristet während der Schmerzperioden verabreicht werden, wobei die Einzeldosis so niedrig wie möglich, aber so hoch wie nötig sein soll. Es sollten bevorzugt Substanzen mit einer möglichst geringen gastrointestinalen Toxizität verwendet werden.

Bei Patienten in höherem Alter sollte eine altersadaptierte Minderung der Tagesdosis verabreicht werden. Eine engmaschige Überwachung von Gastrointestinaltrakt und Nierenfunktion - besonders bei Patienten in höherem Alter - ist unabdingbar. Ebenso muss der Patient über typische gastrointestinale Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Bei gleichzeitig bestehenden Risiken kann mit Omeprazol oder gegebenenfalls Misoprostol kombiniert werden. Kardiovaskuläre Risiken sind eine Kontraindikation für Cox-2-Hemmer sowie Diclofenac. Alle anderen NSAR sollten in dieser Patientengruppe mit großer Vorsicht verwendet werden.

Sollte jedoch eine Therapie-resistente Ischialgie von mehr als sechs Wochen, ebenso Wurzelzeichen und der Lasègue unter 60° sein sowie im MRT eine Protrusion oder ein Prolaps vorhanden sein, die dem klinischen Befund entsprechen, ist die Indikation zu einer invasiven Therapie in Erwägung zu ziehen. Bei den Red flags sollte unverzüglich ein weiteres diagnostisches Verfahren zugezogen werden wie zum Beispiel ein MRT. Im Rahmen einer Schmerztherapie sollte speziell auf vulnerable Patientengruppen wie Neugeborene, Kinder und Jugendliche sowie behinderte ►►



Kreuzschmerzen

Für das Auftreten von chronischen Kreuzschmerzen konnten bestimmte Risiken identifiziert werden:

1. Biologische Risiken: teils das höhere Alter und degenerative Prozesse (Höhenminderung der Zwischenwirbelräume, Osteophyten, Sklerosierungen).
3. Berufliche Schwerarbeit: Tragen, Heben schwerer Lasten, monotone Körperhaltung, Vibrationsexposition; geringe berufliche Qualifikation sowie berufliche Unzufriedenheit.
4. Lebensstil: Rauchen, deutliches Übergewicht, geringe körperliche Kondition, mangelnde Bewegung.
5. Iatrogene Risiken: mangelhafte Beachtung der multikausalen Genese, unzu-

Schmerzbedingte Funktionsstörungen

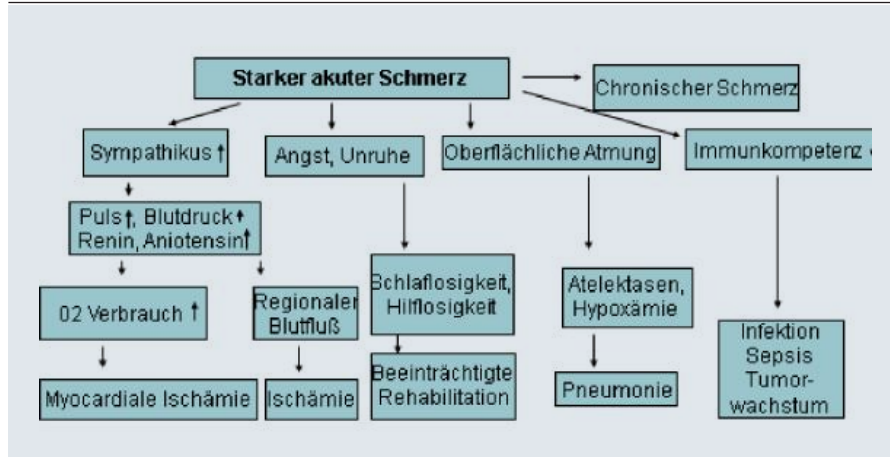


Abb. 1

und geriatrische Patienten geachtet werden. Besonders im Alter sollte eine entsprechend angepasste Schmerzerfassung und Beurteilung durch validierte Schmerzfragebögen beziehungsweise Fremdbeurteilungsskalen stattfinden. Ebenso muss die Schmerzmedikation dem Alter entsprechend angepasst werden. Eine Therapie von möglichen begleitenden Verhaltensstörungen und einer eventuell vorhandenen Demenz ist zu beachten. Der Schmerz wird speziell bei älteren und dementen Patienten oft zu wenig erkannt; in Studien konnte gezeigt werden, dass demente Patienten in Bezug auf ihre Schmerzen unterversorgt sind. Patienten ohne kognitive Schwäche erhalten dreimal mehr Analgetika als Patienten mit Demenz.

Ein unkontrollierter Schmerz bei Menschen, die dement sind, kann auch eine Verschlechterung der Kognition bewirken. Speziell in Pflegeheimen oder im häuslichen Umfeld werden Schmerzen bei Menschen, die an Demenz leiden, oft nicht erkannt. Auch hier sollte ein entsprechend validierter Fragebogen (BESD-Fragebogen) zur Schmerzbeurteilung verwendet werden. Neuere Studien zeigen, dass eine Unterversorgung mit Schmerzmittel bei dementen Menschen höhere Kosten im Gesundheitswesen zur Folge haben. Demente und nicht-demente Personen unterscheiden sich nicht bezüglich der Schmerzempfin-

dung. Im Hinblick auf die Diagnostik gilt auch beim dementen Patienten: Er ist die einzig zuverlässige Ressource für die Schmerzeinschätzung.

Die Ethik-Charta der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes enthält folgende neun Punkte:

1. Schmerzfreiheit ist ein wesentliches Element des menschlichen Wohlbefindens.
2. Schmerztherapie ist ein fundamentales Menschenrecht.
3. Alle Menschen haben das gleiche Recht auf eine angemessene Schmerzlinderung.
4. Jeder Mensch hat ein Recht auf Sterben ohne Schmerzen, zur Not unter In-Kauf-Nahme von Nebenwirkungen.
5. Schmerzlinderung soll im Einklang mit dem gebotenen Respekt vor der Autonomie des Patienten stehen.
6. Schmerztherapie darf nicht schaden. Es ist nicht als Schaden zu betrachten, wenn ein früherer Tod beim Tumorpatienten Folge einer Schmerztherapie ist.
7. Schmerzlinderung darf die Selbstbestimmungsfähigkeit nicht einschränken.
8. Risiken der Schmerztherapie dürfen Therapiemaßnahmen nur dann begrenzen, wenn sie den Vorteil der Schmerztherapie wieder aufheben würden.
9. Die Prävention chronischer Schmerzen erfolgt durch eine effektive Behandlung akuter Schmerzen.

Akute Schmerztherapie

Der akute Schmerz betrifft Millionen von Menschen weltweit, wobei eine effektive Therapie eines der wichtigsten Ziele sein sollte. In Österreich wird jährlich rund eine Million Operationen durchgeführt. Man kann davon ausgehen, dass rund ein Drittel der Betroffenen unter vermeidbaren Schmerzen leidet. Wilder Smith hat schon 1995 festgestellt, dass der Anästhesist nicht länger zufrieden sein kann, wenn die Patienten nach einer Narkose wach und munter sind, sondern dass sie sich nach der Narkose wohl fühlen, nicht erbrechen und keine Schmerzen haben.

Perioperatives Schmerzmanagement

Unbehandelter beziehungsweise unterbehandelter Schmerz ist ethisch und rechtlich nicht vertretbar, erhöht die Komorbiditäten, führt zur Chronifizierung und stellt ein massives ökonomisches Problem dar. Perkins hat in seiner Arbeit gezeigt, dass starker postoperativer Schmerz der wichtigste Faktor für die Entstehung von chronischen Schmerzen ist - speziell nach Amputationen, Inguinalhernien, Mastektomien, Cholezystektomien sowie Thorakotomien.

Crombie fand in einer Untersuchung an 5.310 Personen, die eine Schmerzambulanz aufsuchten, heraus, dass 34 Prozent eine degenerative Erkrankung aufwiesen, 22 Prozent einen chirurgischen Eingriff hinter sich hatten und 18 Prozent ein Trauma erlitten hatten. Daraus ist ersichtlich, wie wichtig eine effektive postoperative Schmerztherapie ist, um chronische Schmerzzustände zu verhindern.

Deswegen sollte der Organisation einer postoperativen Schmerztherapie besonderes Augenmerk gewidmet sein. Diese besteht einerseits in einer entsprechenden Ausbildung der Mitarbeiter sowie an der Optimierung der Schnittstellen zwischen OP-Saal, Aufwachraum und den Stationen in der Erstellung von Richtlinien und einer entsprechenden Schmerzdokumentation. Ebenso führt

die Patientenaufklärung dazu, dass das wichtigste Ziel, ein schmerzloser Patient, postoperativ erreicht werden kann. Für eine effektive, postoperative Schmerztherapie stehen heute vielfältige Medikamente und Verabreichungsformen zur Verfügung; auch kommen immer mehr kombinierte Verfahren zum Einsatz.

Eine Untersuchung über die vergleichende Sicherheit vom Nicht-Opioid-Analgetika hat gezeigt, dass die Mortalität auf eine Million Anwendungen am höchsten bei Diclofenac war mit 5,9; gefolgt von ASS (1,55), Paracetamol (0,2) und Metamizol (0,25). Diese Zahlen sowie die Nebenwirkungen wie beispielsweise die Thrombozytenfunktionsstörungen sollten bei der Auswahl an Medikamenten in der postoperativen Schmerztherapie eine entsprechende Berücksichtigung finden; ebenso auch die Nebenwirkungen bei einer Leberfunktionsstörung.

Bei der Organisation der postoperativen Schmerztherapie sollte auch das Modell des ethischen Kostenbewusstseins nach Marckmann Eingang finden. Aufgrund der medizinischen Innovationen, des demographischen Wandels und der begrenzten Finanzmittel besteht die Daueraufgabe darin, den Ressourceneinsatz zu optimieren, wobei hier die Selbstbestimmung des Patienten sowie die Evidenz-basierte Behandlung zu einer entsprechenden Patienten-orientierten Medizin führen müssen. Einschränkungen müssen ethisch vertretbar sein können.

Bei den Methoden der Leistungsbegrenzung muss zwischen Rationalisierung, (Vermeidung von Verschwendung und Überflüssigem, effektiver Ressourcennutzung) Rationierung (Vorenthalten eigentlich wünschenswerter medizinischer Leistungen) und Priorisierung von systemischen Evidenz-basierten, vergleichenden Bewertungen und Rangreihung von Leistungen unterschieden werden. Dabei ist eine explizite Leistungssteuerung zu bevorzugen. Diese erfordert die Kontrolle von Rationalisierung und Ra-

tionierung, wobei die Grenzen hier oft unscharf sind und nur eine unsichere Evidenz vorliegt. Insgesamt muss es jedoch zu einer Nutzenmaximierung kommen. In diesem Zusammenhang ist auch die Umsetzung des Lean Healthcare-Gedankens zu fordern. Dieser besteht darin, dass die Ziele zur Steigerung des Patientennutzens festgelegt werden und die Patientennutzung regelmäßig evaluiert wird.

Das Handeln muss auf die größtmögliche Wertschätzung für die Patienten ausgerichtet sein und Aktivitäten, die keinen Beitrag zur Wertschöpfung liefern, müssen erkannt und vermieden werden. Es muss eine Durchgängigkeit der Prozessqualität gegeben sein und eine entsprechende Multiprofessionalität ersichtlich sein. Es muss ein Status quo ständig in Frage gestellt werden und einer strukturierten Analyse unterzogen werden. Ebenso muss der Respekt durch die gemeinsame Arbeit zwischen Führungskraft und Mitarbeitern am kontinuierlichen Verbesserungsprozess spürbar sein.

Mit Lean Healthcare soll das Richtige und Nutzbringende für Schmerzpatienten erreicht werden:

- mit richtigem Ressourceneinsatz
- zum richtigen Zeitpunkt
- in der richtigen Qualität.

Postoperatives Schmerzmanagement

Durch die Verwendung von Nicht-opioid-Analgetika können Opiate teilweise ersetzt oder eingespart werden. Das hat auch deutliche ökonomische Auswirkungen, da es dadurch zu einer geringeren postoperativen Übelkeit und Erbrechen kommen kann. Ebenso wird die Darmfunktion verbessert, eine frühe enterale Ernährung ist möglich und der Patient leidet weniger unter Sedierung und kognitiver Beeinträchtigung. Ebenso ist bei geringerem Personalaufwand eine frühere Mobilisation möglich, dadurch auch ein kürzeres Monitoring, wobei ebenso der Spitalsaufenthalt und die Kosten reduziert werden können. Eine sehr gute Option ist

Wirkungen der NOAs

	Peripher	Zentral	Spasmolyt.
NSAR	+	+/-	-
COX-2 Hemmer	+	+	-
Paracetamol	-	+	-
Metamizol	+/-	+	+

Abb. 2

auch die kontinuierliche Wundinfiltration mit Lokalanästhetika.

Palliative Schmerztherapie

Speziell als palliative Schmerztherapie bei Tumoren im Bereich des Pankreas und des Gastrointestinaltraktes hat sich die Zöliakus-Blockade oder die Denervation des Plexus coeliacus sehr bewährt. Eine Untersuchung von Mercadante hat gezeigt, dass eine effektive Schmerzlinderung und Symptomlinderung für vier Wochen nachweisbar war. In den meisten Fällen ist der Patient in diesem Zeitrahmen verstorben. Eine weitere Untersuchung von Kretschmar hat gezeigt, dass die Plexus Zöliakus-Blockade eine deutliche Morphinreduktion zur Folge hatte; die Wirkdauer lag zwischen sieben und 34 Tagen. Bei manchen Patienten war auch eine längere Wirkung vorhanden, wobei dies aber nicht signifikant darstellbar war.

Schmerztherapie am Lebensende

Die Schmerztherapie am Lebensende stellt an die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal sehr hohe ethische und fachliche Anforderungen. Dabei muss unterschieden werden, ob die Schmerztherapie im Krankenhaus, Pflege- oder Seniorenheim oder zu Hause stattfindet. Diesen unterschiedlichen Organisationseinheiten muss entsprechend Rechnung getragen werden. In allen Einrichtungen steht bei der Wunschliste der Patienten für ein menschenwürdiges Sterben die Schmerzfreiheit mit 96,3 Prozent an oberster Stelle. Eine besondere Herausforderung stellt die Schmerzbehandlung ▶▶

» von dementen Patienten am Ende ihres Lebens dar. Die überwiegend medikamentöse Schmerztherapie hat einen hohen Stellenwert, wenngleich damit bei älteren, todkranken Menschen besondere Anforderungen verbunden sind. Einerseits muss die Schmerzintensität möglichst exakt erfasst werden, nur so kann die Auswahl und Dosierung der Medikation mit hoher Sorgfalt erfolgen, um den erwünschten therapeutischen Effekt einer Schmerzinderung erzielen zu können.

Probleme, die bei der Schmerzbehandlung älterer Menschen berücksichtigt werden müssen, sind bei der Einnahme von herkömmlichen, nicht-steroidalen Antirheumatika ein höheres Risiko einer Magenblutung, da die Magenschleimhaut nicht mehr so gut durchblutet; ein Magenschutz ist deshalb besonders wichtig. Eine eventuell schon vorher bestehende Obstipation kann während einer Schmerzbehandlung mit Opioiden weiter verschlechtert werden; auch hier lässt sich Abhilfe schaffen. Die Dosis von Schmerzmitteln muss reduziert werden, wenn zusätzlich auch eine Leber- oder eine Nierenerkrankung vorliegt. Bereitet das Schlucken von Medikamenten Schwierigkeiten, gibt es auch die Möglichkeit, diese Substanzen in Tropfenform, als Suspensionen, als Pflaster oder Zäpfchen zu verabreichen. Speziell bei Opiaten gilt bei älteren Menschen: Start low, go slow. Für das End-

stadium sind meist Opiate das Mittel der Wahl. Diese sollten jedoch meist in Kombination mit Nicht-Opioiden oder mehreren Co-Analgetika verabreicht werden. Der Vorteil der Opiode ist, dass die Dosierung bei Bedarf rasch auf die individuell notwendige Dosis erhöht werden kann.

Schmerzmanagement am Lebensende

Um das optimale Schmerzmanagement durchzuführen – beispielsweise im Rahmen einer Comfort Terminal Care (CTC) – ist eine der Voraussetzungen, entsprechend validierte Instrumente einzusetzen, um den Schmerz beurteilen zu können: zum Beispiel den Behavioral Pain Scale oder Critical Care Pain Observation Tool. Ebenso kann die Beurteilung durch Beobachtungen von indirekten Schmerzáußerungen wie angespanntem Gesichtsausdruck, Unruhe, Schonhaltung, verkrampfte Handhaltung, veränderter Atemrhythmus, Tachykardien, gequälte Lautäußerungen, ängstliche Abwehr von Berührungen, Grimassieren, Stirnrunzeln und starrer Mimik durchgeführt werden.

Eine weitere Voraussetzung für eine entsprechende Schmerzbehandlung ist, dies auch den Angehörigen mitzuteilen. In Studien konnte gezeigt werden, dass das Schmerzmanagement durch Opi-

ide zu keiner Lebensverkürzung führt, inadäquates Schmerzmanagement für Patienten unkontrollierten Stress bedeutet und auch die Sterbephase verlängert. Bei kritisch kranken Patienten konnte keine statistisch signifikante Korrelation zwischen der Opiatdosis und dem Todeszeitpunkt gefunden werden. Die Morphindosis in den letzten Stunden vor dem Tod ist sehr individuell und variiert von Patient zu Patient. In Studien konnten Dosisunterschiede von 1mg bis 698mg gezeigt werden. Eine Standarddosierung kann hier also nicht festgelegt werden. Bei Patienten, die Opioid-naiv sind, wird man mit den empfohlenen Dosierungen starten, die für die Analgesie in den Leitlinien angegeben sind. Hat der Patient vorher schon Opiode verwendet, werden diese entsprechend umgerechnet: etwa auf i.v.-Gabe, wenn der Betroffene nicht mehr schlucken kann. Wurden bereits transdermale Opioidsysteme verwendet hat, sollte man diese belassen und zusätzlich intravenös Opiode verabreichen. «

Literatur beim Verfasser

**) em. Univ. Doz. Dr. Günther Weber, ehem. Abteilung für Anästhesiologie und Intensivmedizin/Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Graz; Marschallgasse 12, 8020 Graz
E-Mail: guenther.weber@medunigraz.at*

DFP-Literaturstudium

WISSEN OFFNET HORIZONTE

www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium

Österreichische
Ärztezeitung
Die Zeitschrift der Ärztinnen und Ärzte