

4.1 Grundlagen des Schmerz- managements

Schmerzen sind eine menschliche Erfahrung, die wir mit unseren Sinnen erleben. Jeder Mensch hat im Laufe seines Lebens immer mal wieder Schmerzen. Schmerzen sind nach *McCaffery*¹⁾ das, was der Betroffene über seine Schmerzen mitteilt, und sie sind auch immer dann vorhanden, wenn der Betroffene mit Schmerzen dies berichtet.

Damit wird deutlich, dass nur der Betroffene selber seinen Schmerz einschätzen kann und Außenstehende seine Äußerungen zum Schmerz ernst nehmen müssen. Wir können Schmerz nicht messen oder durch reine Beobachtung erfassen, wir sind auf die subjektive Darstellung des Betroffenen angewiesen. Auch wenn Pflegenden Erfahrungen haben, wann häufig Schmerzen bei den von ihnen betreuten Patienten auftreten, so kann sich dies doch in der einzelnen Situation ganz anders darstellen. Menschen mit der gleichen Erkrankung können aufgrund ihrer persönlichen Schmerzwahrnehmung, die individuell sehr unterschiedlich sein kann, auch unterschiedlich starke Schmerzen wahrnehmen.

Selbsteinschätzung

Auch im Kontext einer Tumorerkrankung treten häufig Schmerzen auf. Während in der Literatur beschrieben wird, dass zu Beginn der Erkrankung immerhin 20-50 % der Erkrankten Schmerzen haben, so muss man davon ausgehen, dass im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit sogar bis zu 95 % der Betroffenen Schmerzen erleiden.²⁾ Es findet sich ein enger Zu-

1) McCaffery, 1997.

2) Bonica in Larbig et al., 2002.

sammenhang zwischen dem Vorhandensein von Schmerzen und dem Krankheitsstadium. Je weiter die Erkrankung fortschreitet, umso häufiger treten Schmerzen auf.

Nauck und Klaschik stellen dar, dass täglich schätzungsweise „220.000 Menschen mit Krebserkrankungen an therapiebedürftigen Schmerzen (leiden)“³⁾.

*Unterschiedliche
Ursachen*

Dabei können Schmerzen unterschiedliche Ursachen haben; nicht immer ist der Schmerz durch den Tumor oder das Tumorwachstum verursacht. Diese Art der Schmerzen, die so genannten tumorbedingten Schmerzen, machen zwar 60 bis 90 Prozent der Schmerzen einer Tumorerkrankung aus, aber es gibt durchaus auch andere Gründe für Schmerzen. Hier sind sowohl Beschwerden durch die Diagnostik und / oder Therapie, aber auch Schmerzen zu nennen (therapiebedingte Schmerzen zu zehn bis 25 Prozent), die durch einen allgemein verschlechterten Zustand des Betroffenen (tumorassoziierte Schmerzen zu fünf bis 20 Prozent) bedingt sind. Allerdings werden in der Regel durch den betroffenen Menschen selber jegliche Schmerzen mit einem weiteren Fortschreiten der Erkrankung und einem weiteren oder erneuten Tumorwachstum in Verbindung gesetzt. Dies macht deutlich, dass das Phänomen kein reines Symptom der Erkrankung darstellt, sondern auch immense emotionale Auswirkungen auf die Verarbeitung der Erkrankung hat. Der Schmerz ist ein immerwährender Begleiter, der auf die mögliche Endlichkeit des eigenen Seins verweist und dies stetig präsent sein lässt.

*Emotionale
Auswirkungen*

3) Ebenda 2002, S. 79.

Je nach Länge der Krankheit und dem damit vorhandenen Schmerz wird der primär akute tumorbedingte Schmerz chronisch. Allerdings behält dieser chronische Schmerz immer auch akute Anteile durch sich verändernde Krankheitsprozesse wie einem erneuten oder weiteren Tumorwachstum oder einer greifenden eingeleiteten Therapie.

Grundsätzlich bestimmt der Betroffene das Schmerzerleben durch die Interpretation der Situation. Das individuelle Erleben resultiert aus den bisherigen Erfahrungen mit der Erkrankung Krebs und damit verbundenen Schmerzen. Hieraus resultiert dann auch die Einschätzung der eigenen Situation.⁴⁾ Andere Autoren wie *Nauck* und *Klaschik* führen aus, dass neben dem Leitsymptom Schmerz auch physische, psychische und spirituelle Probleme für den betroffenen Menschen bedeutsam sein können. Diese müssen dann ebenso mit in die Behandlung einbezogen werden.⁵⁾ Neben der medikamentösen Therapie werden Beratungsangebote und eine kontinuierliche Begleitung als notwendig erachtet, um die aufgrund der Erkrankung gestörte oder veränderte Lebensplanung bewältigen zu können.⁶⁾

*Interpretation
der Situation*

4) Lubkin et al., 2002.

5) Ebenda 2002, Larbig 2002.

6) Corbin/Strauss 2004.

