

Veröffentlichungsreihe des
Instituts für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)

ISSN 1435-408X

P01-111

**Schmerztherapie und Pflege: Anforderungen
an Schmerzmanagement und Patienteneduka-
tion am Beispiel progredienter Erkrankungen
- Ergebnisse einer Literaturanalyse -**

Gabriele Müller-Mundt

Bielefeld, April 2001

Institut für Pflegewissenschaft
an der Universität Bielefeld (IPW)
Universitätsstr. 25
D-33615 Bielefeld

Telefon: (0521) 106 - 3896

Telefax: (0521) 106 - 6437

E-Mail: ipw@uni-bielefeld.de

Internet: <http://www.uni-bielefeld.de/IPW>

Abstract

Der Wandel des Krankheitspanoramas stellt die Gesundheitsversorgung der westlichen Industriestaaten vor manigfaltige Herausforderungen. Die heute bereits dominierenden chronischen Erkrankungen erfordern eine bedarfsgerechte Akzentverschiebung in der Versorgungspraxis. Neben der Prävention tritt verstärkt die Notwendigkeit zur Befähigung der betroffenen Menschen zum Management bestehender Gesundheitsbeeinträchtigungen gegenüber rein kurativ ausgerichteten Interventionen in den Vordergrund.

Die Anforderungen, die sich in diesem Rahmen an die Pflege stellen, werden am Beispiel progredienter, mit einem hohen Maß an Symptombelastung verbundener Erkrankungen besonders offenkundig. Dies gilt für die wiederholt postulierte integrierte Versorgungspraxis ebenso wie für die Notwendigkeit einer unterstützenden Begleitung der Patientinnen und Patienten beim Krankheitsmanagement im Alltag. Auf beiden Ebenen ist die Pflege in besonderer Weise gefordert. Unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität kann und sollte sie hier eine tragende Rolle einnehmen. Sie besitzt aufgrund des im Vergleich zu den übrigen Gesundheitsprofessionen hohen Anteils an direkter Patienteninteraktion am ehesten den Zugang zu den für die Entwicklung von im Alltag tragfähigen Konzepten des langfristigen Krankheits- und Symptomanagements erforderlichen „alltagsnahen“ Informationen. Bedingt durch den im internationalen Vergleich zu konstatierenden Professionalisierungsrückstand wird die Pflege diesen Anforderungen hierzulande bisher jedoch nur bedingt gerecht.

Ausgehend von einer Analyse des internationalen Forschungsstandes deutschsprachiger Lehrbücher und Fachzeitschriften der Pflege zu den Problemen „Schmerz und chronisch progrediente Krankheit“ und „Patientenedukation“ geht es im vorliegenden Bericht auch um den „potentiellen“ Beitrag, den die Pflege zur Verbesserung des Schmerzmanagements und damit der Lebensqualität der betroffenen Patientinnen und Patienten leisten kann. Zur Entwicklung einer entsprechenden professionellen Fachkompetenz sollte die Pflege an den international erreichten Forschungsstand anknüpfen. Dies gilt für das hier gewählte Beispiel der Versorgung von schmerzbelasteten Menschen mit progredienten Erkrankungen gleichermaßen wie für die von den Nachbardisziplinen - insbesondere der Medizin und der Psychologie - erarbeiteten Grundlagen der Schmerztherapie und für die auf die Aktivierung und Unterstützung des Schmerzmanagements bezogene Patientenedukation. Anhand des in der US-amerikanischen Pflege erreichten Entwicklungsstandes sollen Perspektiven für die Erschließung bisher ungenutzter Potentiale professioneller Pflege für eine Verbesserung der Versorgungsqualität chronisch kranker Menschen am Beispiel von Tumorerkrankungen aufgezeigt werden.

Inhalt

	Seite
1. Einleitung	3
1.1 Erschließung der Literatur zum Thema „Schmerz“ und „Patientenedukation“	6
1.2 Aufbau des Berichts	9
2. Schmerz: begriffliche Klärungen, theoretische Modelle zur Erklärung des Schmerzgeschehens und Klassifikationssysteme	10
2.1 Theoretische Konzepte zur Erklärung des Phänomens „Schmerz“	12
2.1.1 Die Gate-Control-Theorie als paradigmatische Wende	12
2.1.2 Operante Schmerzmodelle als Grundlage für verhaltensbezogene Interventionen	13
2.1.3 Transaktionale und biopsychosoziale Ansätze	14
2.1.4 Systemtheoretische Schmerzkonzepte	16
2.2 Schmerzdefinitionen und -typologien: Das Problem der begrifflichen Fassung eines subjektiven Phänomens	19
2.2.1 Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz	19
2.2.2 Typisierung chronischer Schmerzen	23
2.2.3 Schmerzklassifizierungen nach pathogenetischen Aspekten	26
2.2.4 Differenzierungskriterien von Schmerz bei chronisch-letalen Erkrankungen	28
2.3 Schmerztaxonomien und Klassifikationssysteme	28
2.3.1 Medizinische Klassifikationssysteme	29
2.3.2 Schmerz in Taxonomien zur Erfassung von Pflegephänomenen	37
3. Behandlungsbedarf und Anforderungen an die Schmerztherapie	40
3.1 Schmerzepidemiologische Befunde	40
3.1.1 Befunde ausgewählter epidemiologischer Studien	40
3.1.2 Anhaltspunkte zur Schmerzprävalenz unter der deutschen Bevölkerung	43
3.1.3 Schätzungen des Bedarfs an spezieller Schmerztherapie	45
3.2 Exkurs: Schmerztherapeutischer Behandlungsbedarf und Probleme am Beispiel von Tumorschmerz	47
3.2.1 Schmerztherapeutischer Behandlungsbedarf	48
3.2.2 Anforderungen an die Tumorschmerztherapie	51
4. Strukturelle Entwicklung und Versorgungsdefizite	
4.1 Entwicklung qualifizierter Versorgungsangebote	59
4.1.1 Entwicklung schmerztherapeutischer Einrichtungen	61
4.1.2 Exkurs zur Rolle der Pflege in der Versorgung von Schmerzkranken	64
4.1.3 Entwicklung der Infrastruktur an palliativen Versorgungsangeboten	67
4.1.4 Ambulante Palliativdienste als „Centers of Excellence“	73
4.2 Probleme der Wissensdiffundierung und des Stellenwertes des Themas „Schmerz“ in der Ausbildung der Pflegeberufe	78
4.2.1 Stellenwert des Themas „Schmerz“ in der Pflegeausbildung	80
4.2.2 „Schmerz“ in der aktuellen Fachdiskussion der Pflege	86
5. Patientenedukation als Aufgabe der Pflege: Anforderungen und Patientenedukation als pflegerisches Handlungsfeld und konzeptionelle Grundlagen	90
5.1.1 Grundprinzipien der Patientenedukation	91
5.1.2 Patientenedukation als Kernbereich professioneller Pflege	93
5.1.3 Entwicklungs(rück)stand und -potentiale der bundesdeutschen Pflege	96
5.1.4 Patientenedukation als Gegenstand der Ausbildung und Fachdiskussion in der Pflege	99

	Seite	
5.2	Patientenedukation in der Schmerztherapie bei progredienten Erkrankungen: Anforderungen und beispielhafte Konzepte	104
5.2.1	Erfordernisse der Patientenedukation in der Schmerztherapie	104
5.2.2	Patientenedukation zu Schmerzkontrolle bei chronisch-letalen Erkrankungen am Beispiel von Tumorschmerz	107
5.3	Patientenedukation als Herausforderung für die Pflege und Beitrag zur Realisierung bedarfsgerechter Versorgungskonzepte	114
6.	Ausblick: „Chronischer Schmerz“ als Herausforderung für Pflegeforschung und Pflegepraxis	117
7.	Literatur	121
Anhang		
	Verfahren des Schmerzassessments als Grundlage der Diagnostik und Verlaufskontrolle in der speziellen Schmerztherapie	157
A1	Dimensionen des Schmerzerlebens: Schmerzintensität und –qualität	158
A1.1	Eindimensionale Instrumente zur Messung der Schmerzintensität	158
A1.2	Instrumente zur Ermittlung qualitativer Aspekte der Schmerzempfindung	160
A1.3	Ermittlung verhaltensbezogener Aspekte des Schmerzerlebens	161
A2	Kognitive Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung	162
A3	Schmerzassoziierte Beeinträchtigung und Behinderung	164
A4	Schmerzrelevante interaktionale Aspekte im primären sozialen Netz	165
A5	Schmerzassoziierte Befindens- und Gesundheitsbeeinträchtigungen	167
A5.1	Erfassung von Depressivität als schmerzverstärkende und reaktive Befindensdimension	167
A5.2	Ermittlung von (Allgemein-)Beschwerden als globale Beanspruchungsindikatoren	169
A5.3.	Erfassung von Angst und Ärger als schmerzassoziierte Befindensbeeinträchtigungen	170
A5.4	Gesundheitsbezogene Lebensqualität als Indikator schmerzbedingter Befindensbeeinträchtigung und der Ergebnisqualität therapeutischer Interventionen	171
A6	Schmerztagebücher zur Ermittlung von Schmerzerleben und -verhalten im Alltag und zur Therapieevaluation	172
A7	Schmerzassessment und Verlaufskontrolle der palliativen Versorgung	175
	Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen	177

1. Einleitung

Angesichts der soziodemographischen Entwicklung bilden chronische Erkrankungen heute den Schwerpunkt der Gesundheitsprobleme in den westlichen Industriestaaten. Aufgrund der Komplexität der mit ihnen verbundenen Problemlagen stellen sie besondere Anforderungen an das Anpassungsvermögen der Betroffenen und an die Gesundheitsversorgung. In Ermangelung ursächlicher Therapiemöglichkeiten ist mit Blick auf chronische Erkrankungen - neben der Prävention - eine rehabilitative Orientierung der Versorgung angezeigt, die der Symptomkontrolle und Aktivierung der betroffenen Menschen ausreichend Rechnung trägt. In diesem Kontext gewinnt die psychosoziale Unterstützung und die Befähigung zum Selbstmanagement der mit chronischer Krankheit verbundenen Folgeprobleme für die Patientinnen und Patienten an Bedeutung. Dies gilt vor allem für Erkrankungen, die mit einem hohen Maß an Symptombelastungen und damit verbundenen Funktionseinschränkungen einhergehen. Dazu gehören anhaltende Schmerzen oder wiederholte Schmerzattacken, wie sie bei einer Vielzahl degenerativer Erkrankungen auftreten. Beispielhaft sei hier verwiesen auf Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, auf koronare Herzerkrankungen, maligne Tumorerkrankungen und Aids.

Die Bedeutung der Schmerzkontrolle für die Lebensqualität der von chronischen Schmerzen betroffenen Menschen lässt sich anhand vorliegender Forschungsbefunde ermessen. Empirische Untersuchungen belegen nahezu konsistent eine enge, wechselseitige Beziehung von chronischen Schmerzzuständen und psychosozialen Gesundheitsbeeinträchtigungen, darunter vielfach depressive Stimmungslagen, die sich in sozialem Rückzug, manifester Depression und der Entwicklung von Selbstmordgedanken niederschlagen können. So wird der Wunsch nach Sterbehilfe bei Tumorerkrankungen zumeist von Betroffenen mit einer unzureichenden Kontrolle schwerer Schmerzzustände geäußert (Foley 1991). Auch unter an Aids erkrankten Menschen wurde ein signifikanter Zusammenhang von Schmerz und Suizidgefährdung nachgewiesen (Breitbart et al. 1997). Diese Befunde werden durch die Erfahrungen im Hospizbereich und in der Palliativversorgung bestätigt, wonach selbst schwerstkranke, symptombelastete Menschen im Endstadium einer Tumorerkrankung, wenn eine ausreichende Schmerztherapie bzw. Symptomkontrolle und psychosoziale Begleitung gewährleistet wird, kaum mehr den Wunsch nach Euthanasie als Erlösung von ihren Leiden äußern (Huseboe/Klaschik 1998, 84f).¹

Ein effektives Symptommanagement erfordert, zumal bei akut-chronischen und chronischen Schmerzen, bereits auf der Ebene der Diagnostik eine systemische Herangehensweise. Ergebnisse der psychologischen Schmerzforschung (Kröner-Herwig 1999c) wie auch neurobiologische Forschungsbefunde, insbesondere zur Neuroplastizität (vgl. Coderre et al. 1993; Coderre/Katz 1997), unterstreichen die Bedeutung der (Sekundär-) Prävention der Chronifizierung von Schmerz. Übereinstimmung besteht unter Schmerzexpertinnen und -experten heute offensichtlich auch darin, dass eine

¹ In einer Mitte der neunziger Jahre in den USA unter 355 Onkologinnen und Onkologen durchgeführten Studie wurden denn von den 53 Fachärztinnen und -ärzten, die angaben, krebskranken Patientinnen und Patienten bereits aktive oder passive Sterbehilfe geleistet zu haben, unerträgliche Schmerzen, in Verbindung mit der Unfähigkeit sich selbst zu helfen, als Voraussetzung für ein Eingehen auf entsprechende Bitten der Betroffenen genannt (Emanuel et. al. 1998).

optimale Schmerzversorgung am ehesten durch ein abgestimmtes Zusammenwirken aller an der Patientenbetreuung beteiligten Gesundheitsprofessionen zu erreichen ist (Basler/Turk 1999), das auf die Aktivierung und Förderung der Selbstpflegefähigkeiten der Betroffenen und auf den Abbau von Barrieren ausgerichtet ist, die einer adäquaten Schmerzkontrolle entgegenstehen.

Die mit Blick auf chronische Krankheit wiederholt herausgearbeitete Notwendigkeit einer integrierten Versorgung (z.B. Badura/Feuerstein 1994, Ewers/Schaeffer 2000) stellt sich für an chronischen Schmerzzuständen leidende Menschen im besonderen Maße. Sie setzt eine professions- und sektorenübergreifende Kooperation und Koordination der Versorgung voraus. Hier ist auch die Pflege in besonderer Weise gefordert, zumal mit der Zunahme chronisch degenerativer Erkrankungen in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung die Anzahl der Menschen wächst, die an anhaltenden oder schubweise wiederkehrenden Schmerzen leiden. Nach vorliegenden Schätzungen wird davon ausgegangen, dass heute acht bis zehn Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung an chronischen Schmerzen leiden und 650 000 bis 800 000 der betroffenen Menschen einer speziellen, interdisziplinär ausgerichteten Schmerzbehandlung bedürfen (Kröner-Herwig 1999c, 16, Zimmermann 1994, s.a. RKI 2000). Modellrechnungen lassen ferner darauf schließen, dass allein bei etwa 220 000 Menschen aufgrund von Tumorerkrankungen eine spezielle Schmerztherapie angezeigt ist (Heidemann 1999). Trotz zahlreicher, auch weltweiter Initiativen der Weltgesundheitsorganisation, deren Schwerpunkt vor allem auf der Verbesserung der pharmazeutischen Tumorschmerzkontrolle und der Erarbeitung entsprechender Therapieempfehlungen lag (WHO 1986, 1990, 1996), ist hierzulande selbst die analgetische Versorgung von Tumorkranken als alles andere als ideal zu bezeichnen (Donner et al. 1998, Gostomzyk/Heller 1996, Lindena/Müller 1996, Potthoff/Urbahn 1998, Rothstein et al. 1998, Sorge et al. 1996, Zenz et al. 1995). Ursachen hierfür sind, neben sozio-kulturell geprägten Vorbehalten gegenüber der Schmerztherapie, zuvorderst in einer in Aus- und Weiterbildungsdefiziten der Gesundheitsprofessionen begründeten unzureichenden Schmerzbehandlung in der Regelversorgung sowie im Fehlen einer ausreichenden Anzahl an qualifizierten schmerztherapeutischen Einrichtungen und in einem im Vergleich zum englischsprachigen Raum rudimentär zu bewertenden palliativen Versorgungsangebot zu sehen.

Während in den USA bereits in den sechziger Jahren multidisziplinäre "Pain-Clinics" als Behandlungs- und Forschungszentren etabliert wurden (Kröner-Herwig 1999c), sind wir im bundesdeutschen Gesundheitssystem von der Etablierung einer dem Stand der Forschung entsprechenden integrierten Schmerzversorgung noch weit entfernt. Die geforderte interdisziplinäre Orientierung ist selbst in der speziellen Schmerztherapie allenfalls auf der Ebene fachgebietsübergreifender Kooperation zwischen den medizinischen Teildisziplinen und durch die Einbeziehung von psychologischer Fachkompetenz sichergestellt (Kröner-Herwig 1999a). Insbesondere mit Blick auf die Pflege ist hierzulande eine „Leerstelle“ in der Versorgung schmerzkranker Menschen zu konstatieren, die hingegen in interdisziplinären Schmerzzentren in den USA eine tragenden Rolle inne hat. Dort obliegt ihr das Assessment psychosozialer und lebensstilbezogener Faktoren, die das Schmerzgeschehen und -erleben beeinflussen können, ebenso wie die Unterstützung der Betroffenen bei der Umsetzung therapeutischer Regime

und bei der Hinwirkung auf die Realisierung eines gesundheitsförderlichen, dem Schmerzmanagement zuträglichen Lebensstils im Alltag. Entsprechend liegt in den USA auch die Durchführung hierauf bezogener edukativer Interventionen im spezifischen Kompetenzbereich der Pflege (Basler/Turk 1999, 273). Derartige „originäre“ Kompetenzzuschreibungen der Pflege im therapeutischen Team suchen wir hierzulande nicht nur in der speziellen Schmerztherapie vergebens.

Auch wenn sich die bundesdeutsche Pflege mit Blick auf den erreichten Stand der Professionalisierung bisher nicht mit der US-amerikanischen Pflege messen kann, so kommt ihr dennoch im Versorgungsgeschehen eine zentrale Rolle zu. Allein aufgrund des im Vergleich zu den übrigen Gesundheitsprofessionen hohen Anteils an direkter Patienteninteraktion besitzt die Pflege – dort wo sie in die Patientenversorgung einbezogen ist – am ehesten den Zugang zu den für das langfristige Schmerzmanagement erforderlichen „alltagsnahen“ Informationen. Der lebensweltliche bzw. alltagsnahe Bezug sollte jedoch nicht als „laienhaft“ fehlgedeutet werden, wie der Ende der siebziger Jahre für „reproduktive“ Anteile der Pflegearbeit geprägte Begriff „hausarbeitsnaher“ Pfl egetätigkeiten (Ostner/Beck-Gernsheim 1979, Ostner/Krutwa-Schott 1981) suggerierte. Hinter dieser Komponente pflegerischer Tätigkeit steht vielmehr eine spezifische professionelle Expertise, die die Pflege in den USA u.a. im Rahmen der Entwicklung von „Public Health Nursing“ bzw. „Community Health Nursing“ herausgebildet hat. Sie umfasst spezifische Qualifikationen auf der Ebene des Assessments, der konzeptionellen Entwicklung, Umsetzung und Evaluation gezielter edukativer Interventionen zur Stärkung der Selbstpflegefähigkeiten der Patientinnen und Patienten auf der Ebene der Primärprävention wie auch der Sekundär- und Tertiärprävention. Die Vermittlung entsprechender Qualifikationen ist Gegenstand des im anglo-amerikanischen Raum im universitären Bereich angesiedelten Bachelor- und Masterstudiums der Pflege.

Es steht daher zu vermuten, dass die in US-amerikanischen Schmerzzentren dem Kernbereich des pflegerischen Handlungsfeldes zugeschriebenen Aufgaben von der bundesdeutschen Pflege derzeit mangels entsprechender „ausgewiesener“ Fachkompetenzen nicht in dieser Breite ausgefüllt werden können. Die Realisierung von Interdisziplinarität erfordert nicht nur die Bereitschaft zur professionsübergreifenden Kommunikation und Kooperation. Grundlegend hierfür ist eine gemeinsame Wissensbasis und Zielorientierung der Mitglieder des therapeutischen Teams. Zugleich setzt interdisziplinäre Zusammenarbeit die Klärung der jeweiligen Rollen und Zuständigkeiten im Team auf der Grundlage der spezifischen Kompetenzen der beteiligten Professionen voraus, d.h. auch die Kenntnis und Anerkennung der professionsspezifischen Handlungsgrundlagen und des spezifischen Beitrages der beteiligten Professionen (Hömann et al. 1999, 336ff, s.a. Garms-Homolová et al. 1998, Schaeffer 1998a, Bennett-Emslie/McIntosh 1995, Hennemann et al. 1995, Hornby 1993). Konstitutive Voraussetzung für eine fruchtbare interdisziplinäre Kooperation ist somit auch eine gefestigte professionelle Kompetenz der Vertreterinnen und Vertreter der einzelnen Gesundheitsdisziplinen. Angesichts einer erst beginnenden „Professionalisierung“ und eines eher durch „Diffusität“ des Aufgabenbereichs geprägten Tätigkeitsprofils bringt die Pflege hierzulande nur unzureichende Voraussetzungen zur Mitwirkung als gleichberechtigter Partner im interdisziplinären Team mit. Unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität steht daher zu

befürchten, dass selbst in der speziellen Schmerztherapie nicht nur psychosoziale Aspekte des Schmerzgeschehens oftmals vernachlässigt werden. Bedenklich erscheint vor allem, dass mangels entsprechender pflegerischer Expertise der für das langfristige Management chronischer Gesundheitsbeeinträchtigungen unabdingbare „lebensweltliche“ Bezug therapeutischer Interventionen als konstitutive Voraussetzung für ihre „Tragfähigkeit im Alltag“ in der Versorgungspraxis nicht hinreichend Rechnung getragen wird.

Ausgehend von einer Analyse der internationalen Forschungsliteratur zu den Themen „Schmerz“ und „Patientenedukation“ geht es im vorliegenden Bericht daher auch um die Frage des „potentiellen“ Beitrags, den die Pflege zur Verbesserung des Schmerzmanagements und damit der Lebensqualität von Patientinnen und Patienten, die aufgrund von schweren chronischen Erkrankungen an Schmerzen leiden, leisten kann und sollte. Zur Entwicklung einer entsprechenden Fachkompetenz kann und sollte die Pflege an den international erreichten Forschungsstand anknüpfen. Dies gilt auch für die von der Medizin und der Psychologie erarbeiteten Grundlagen der Schmerztherapie und der auf die Aktivierung und Unterstützung des Symptommanagements schmerzkranker Menschen bezogenen Patientenedukation.

1.1 Erschließung der Literatur zum Thema „Schmerz“ und „Patientenedukation“

Der vorliegenden Bericht basiert auf einer Literaturrecherche und -analyse zum Forschungsstand zu Versorgungssituation und Ansätzen der Patientenedukation im Rahmen der schmerztherapeutischen Versorgung bei progredienten, chronisch-letalen Erkrankungen. Ein Schwerpunkt der Recherche lag auf der Ermittlung von Publikationen zum Schmerzmanagement bei Tumorerkrankungen und im fortgeschrittenen Stadium der Immunschwächekrankheit Aids. Im Zentrum der Analyse stand dabei - wie einleitend bereits dargelegt - auch die Frage, welche Rolle die professionelle Pflege im Rahmen der Forschung und Versorgungspraxis einnimmt und welchen Beitrag sie idealer Weise zur Verbesserung des Symptommanagements und damit der Lebensqualität von den hier interessierenden Patientengruppen, die aufgrund von schweren progredient verlaufenden chronischen Erkrankungen an Schmerzen leiden, leisten kann und sollte.

Die durchgeführten Online-Literaturrecherchen wurden durch eine systematische Sichtung der letzten fünf bis zehn Jahrgänge, der in diesem Rahmen am häufigsten mit relevanten Artikeln nachgewiesenen und zumindest als Digitalversion zugänglichen Zeitschriften, ergänzt.²

Die Abfragen in verschiedenen Zeitschriftendatenbanken (JADE, MEDLINE, CHINAL) förderten insgesamt eine Vielzahl von Beiträgen zu den Stichworten Schmerz, Schmerz-/Symptommanagement, -kontrolle, und -linderung zu

² Neben internationalen wissenschaftlichen Pflegezeitschriften, wie „Journal of Advanced Nursing“, „Nursing Clinics of North America“ sind hier insbesondere die folgenden Zeitschriften hervorzuheben:

- Journal of the Association of Nurses in AIDS Care,
- Journal of Palliative Care,
- Palliative Medicine,
- Pain,
- Journal of Pain and Symptom Management,
- Patient Education and Counseling.

Tage. Die Anzahl der speziell auf chronischen Schmerz beziehungsweise Schmerz und Symptombelastung bei chronisch degenerativen Erkrankungen bezogenen Publikationen war bereits deutlich geringer. Dies gilt auch für Beiträge zur Patientenedukation, -aufklärung, -anleitung und -beratung im Rahmen der Schmerztherapie und speziell des Symptommanagements bei Schmerz. Auch zeigte sich ein deutliches Übergewicht von Beiträgen zu rein medizinisch-pharmazeutischen Teilaspekten der Schmerztherapie.

Beispielhaft sei hier das Ergebnis der Recherche in der interdisziplinären Datenbank für Zeitschriftenartikel „JADE“ aufgeführt, in der im Unterschied zu „Medline“ und „CINAHL“ auch deutschsprachige Zeitschriften, einschließlich ausgewählter Pflegezeitschriften erfasst sind: Im März 1999 waren in JADE allein unter dem Stichwort „Pain management“ 1599 Beiträge aus englischsprachigen Fachzeitschriften nachgewiesen, darunter 201 Beiträge zum Schmerzmanagement bei chronischen Schmerzen und immerhin 23 wissenschaftliche Beiträge zu „pain management“ und „nursing“. *Eine Abfrage mit den entsprechenden deutschen Stichwortkombinationen förderte keine substantiellen Beiträge zu Tage.*

Ein entsprechendes Bild zeichnete sich bei der on-line Recherche zum Thema „Patientenedukation“ ab. Allein zu den Stichworten „patient education, nursing, chronic pain“ in Kombination mit dem Stichworten „care“ und „nursing“ waren im Frühjahr 1999 in „MEDLINE“ 165 englischsprachige Literaturhinweise nachgewiesen. Demgegenüber fand sich bei einer entsprechenden Abfrage in der Datenbank „JADE“ zu den Stichworten „Patientenaufklärung, -information, -beratung, -anleitung und/oder -aktivierung“, jeweils in Kombination mit dem Stichworten Pflege, Kinder-/Krankenpflege und Altenpflege abgefragt, kein einziger Literaturnachweis.

Zur Ermittlung des Stellenwertes, der den im Zentrum der Betrachtung stehenden Themen „Schmerz“ und „Patientenedukation“ in der Pflege beigemessen wird, wurde die online-Recherche durch eine systematische Sichtung allgemeiner, deutschsprachiger Lehrbücher für die Pflege (Kinder-/Krankenpflege und Altenpflege), vorliegender Curricula für die Kinder-/Krankenpflegeausbildung³ und der letzten zehn bis elf Jahrgänge ausgewählter Fachzeitschriften für die Pflege ergänzt. Letztere relativierte das Bild, das sich auf der Grundlage der online-Recherche abzeichnete (Müller-Mundt et al. 2000a, b). Zumindest für die betrachteten Themen „Schmerz“ und „Patientenedukation“ reflektiert sich hierin auch eine unzureichende Verschlagwortung und Titelaufnahme selbst der in Pflegezeitschriften mit wissenschaftlichem Anspruch publizierten Beiträge. Damit bestätigten sich für die neueren Jahrgänge deutschsprachiger Pflegezeitschriften die Erfahrungen von Benner-Wenig et al. (1993a,b) sowie von Sowinski und Köster (1993) im Rahmen einer für das Kuratorium Deutsche Altershilfe (KDA) durchgeführten Recherche zu Fachbeiträgen in Fachzeitschriften für die Pflege zu den Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL).⁴

³ Da derzeit nur für die Kinder-/Krankenpflege mit dem Krankenpflegegesetz ein bundeseinheitlicher Rahmen vorlag, konzentrierte sich die Sichtung auf Curricula und Rahmenlehrpläne für diesen Berufszweig der Pflege.

⁴ Zur Problematik der Nutzung deutschsprachiger Pflegezeitschriften als wissenschaftliche Informationsquelle s.a. Nettigsmeyer et al. (1999).

Grob gegliedert können die vorliegenden Beiträge den folgenden drei Literaturtypen zugeordnet werden:

- generelle Problemerkörterungen zum Thema „Schmerz“ und „Patientenedukation“,
- empirische Studien zu unterschiedlichen Schwerpunkten der Forschung,
- Meta-Analysen und Überblicksartikel zum Forschungsstand.

Die inhaltlichen Themenschwerpunkte der Forschungsbeiträge umfassen:

- Studien zur Inzidenz- und Prävalenz von chronischem Schmerz und zur Schmerzprävalenz bei schweren, chronisch-letalen Erkrankungen, besonders zu Tumorschmerz aber auch zu Aids;
- Studien zu Verfahren der Schmerztherapie bzw. des Symptommanagements, schwerpunktmäßig zu Problemen und Verfahren der medikamentösen Schmerzbehandlung (Analgesie) und sog. adjuvanten, besonders psychologischen Verfahren der Schmerzkontrolle;
- Untersuchungen zu generellen Problemen und Verfahren der Schmerztherapie bei akutem und/oder chronischem Schmerz, bezogen auf spezifische Erkrankungen und Organsysteme oder Schmerzsyndrome, sowie auf bestimmte Bevölkerungsgruppen. Gegenstand der Forschung sind hier kulturspezifische Unterschiede beziehungsweise Untersuchungen unter Angehörigen ethnischer Minderheiten, geschlechts- und altersspezifische Probleme, insbesondere zum Schmerzmanagement bei Kindern, im geringeren Umfang auch zu Problemen des Schmerzmanagements bei betagten und dementen Menschen;
- Untersuchungen zu Ursachen schmerztherapeutischer Versorgungsdefizite und zu speziellen Barrieren, die einem effektiven Schmerzmanagement entgegenstehen;
- Interventions- bzw. Evaluationsstudien von Programmen zur Verbesserung der schmerztherapeutischen Versorgung, es handelt sich hier vorrangig um Programme zur Schulung der Gesundheitsberufe und zur Institutionalisierung von Schmerzmanagementprogrammen, schwerpunktmäßig zur Verbesserung der postoperativen Schmerzkontrolle und der Tumorschmerztherapie;
- Interventions- bzw. Evaluationsstudien zu Schmerzmanagement- und Patientenedukationsprogrammen, sie beziehen sich zum Teil auf spezifische, chronische Schmerzsyndrome und auf bestimmte, nach soziodemographischen Merkmalen ausgewählte Zielgruppen (Kinder, betagte Menschen und Angehörige unterschiedlicher ethnischer Gruppen).

Bezogen auf die hier im Zentrum des Interesses stehenden schmerztherapeutischen Versorgungsbedarfe von Menschen mit chronischen Krankheiten ist forschungsmäßig, wie auch hinsichtlich konkreter Initiativen zur Verbesserung der Schmerztherapie, eine Konzentration auf Versorgungserfordernisse von Menschen im fortgeschrittenen Stadium von Tumorerkrankungen zu konstatieren. Gleichwohl findet die Situation von an Aids erkrankten Menschen zunehmend Beachtung. Ferner ist in den letzten Jahren die Notwendigkeit einer adäquaten Schmerzkontrolle bei betagten Menschen stärker in das Blickfeld der Gesundheitsprofessionen gerückt.⁵

⁵ Vgl. hierzu z.B. Nikolaus 1994, DGSS-Initiativgruppe et al. 1998, Basler 1999, Thomm 1999.

1.2 Aufbau des Berichts

Dem vorliegenden Bericht liegt die Intention zugrunde, den internationalen Forschungsstand zum Themenkomplex „Schmerz und chronische Krankheit“ und „Patientenedukation“ in den Grundzügen aufzuarbeiten. Auf diese Weise sollen die pflegewissenschaftlichen Grundlagen, wie auch die in den hierfür relevanten Nachbardisziplinen, der Medizin und der Psychologie, erarbeiteten Grundlagen für die Pflege verfügbar gemacht werden, die in der US-amerikanischen Pflege zum Wissensfundus der im Bereich der Schmerztherapie tätigen Pflegenden gehören.

Dem Bericht vorangestellt ist die einleitende Klärung des Schmerzbegriffs und die Skizzierung der wichtigsten, zumeist von der Psychologie entwickelten neueren theoretischen Modelle zur Erklärung des Schmerzgeschehens. Sie wird ergänzt durch die Darstellung vorliegender Klassifikationssysteme zur Beschreibung und Dokumentation des Phänomens „Schmerz“. In Ergänzung hierzu findet sich im Anhang eine Übersicht ausgewählter standardisierter Verfahren zur Ermittlung des Schmerzerlebens und zentraler Bedingungsfaktoren des Schmerzgeschehens. Entsprechende „psychosoziale Messinstrumente“ finden im englischsprachigen Raum auch seitens der Pflege in Versorgungspraxis und zu Forschungszwecken im Bereich der Betreuung chronisch schmerzkranker Menschen und von „Palliative Care“ relativ breite Anwendung, so für das Eingangs- und Verlaufsassessment und für die gezielte Evaluation pflegerischer Interventionen.

Zur Abschätzung des schmerztherapeutischen Versorgungsbedarfs in der Gesundheitsversorgung werden epidemiologische Befunde zur Prävalenz chronischer Schmerzen dargelegt. Hieran anknüpfend werden in einem Exkurs Problemdimensionen chronischer Schmerzzustände bei schweren, progredienten Krankheiten exemplarisch am Beispiel von Tumorerkrankungen illustriert und hierauf bezogene grundlegende Anforderungen und Prinzipien der Schmerzbehandlung umrissen. Dabei gilt es auch, die in verschiedenen Studien ermittelten Barrieren, die in der Versorgungspraxis einem effektiven Schmerzmanagement entgegenstehen, zu beleuchten. Dem folgt der Versuch einer Bestandsaufnahme der strukturellen Rahmenbedingungen der Schmerzversorgung im bundesdeutschen Gesundheitssystem und der Rolle, die der Pflege im Rahmen der interdisziplinären Schmerztherapie und Palliativversorgung zugeschrieben bzw. von ihr eingenommen wird. Dies geschieht auch mit Blick auf die Frage der diesbezüglichen fachlichen Expertise der Gesundheitsprofessionen, insbesondere der Pflege.

Ein weiterer Schwerpunkt des Berichts liegt auf Erfordernissen der Patientenedukation im Rahmen von Schmerztherapie bzw. -management und der diesbezüglichen Rolle der Pflege. Die Darstellung konzeptioneller Grundlagen von Patientenedukation wird illustriert am Beispiel eines im Rahmen der Tumorschmerztherapie entwickelten Edukationskonzeptes. Anhand des Vergleichs mit dem in der US-amerikanischen Pflege erreichten Entwicklungsstand gilt es, Perspektiven für die Erschließung bisher ungenutzter Potentiale und für eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch eine von der Pflege mit getragene Patientenedukation chronisch, kranker schmerzbelasteter Menschen aufzuzeigen.

2. Schmerz: begriffliche Klärungen, theoretische Modelle zur Erklärung des Schmerzgeschehens und Klassifikationssysteme

Vor der Erörterung der Problemdimensionen chronischer Schmerzen bei schweren, progredienten Erkrankungen und daraus abzuleitender Erfordernisse und Anforderungen der Patientenedukation im Rahmen der Schmerztherapie ist zunächst die Klärung des Schmerzverständnisses, theoretischer Konzepte zur Erklärung des Schmerzgeschehens und von Klassifikationssystemen zur Beschreibung des Phänomens Schmerz angezeigt.

In historischen wie kulturellen Betrachtungen zur Entwicklung des jeweils dominanten Schmerzbegriffes reflektieren sich generelle Probleme der begrifflichen Fassung eines subjektiven, stets auch kulturgeprägten Phänomens. Historische und kulturvergleichende Analysen lassen erkennen, dass die in unterschiedlichen Kulturkreisen und historischen Epochen jeweils dominante Schmerzauffassung gleichermaßen die Handlungskontexte und Akteure bestimmt, denen die Kompetenz zur „Schmerzintervention“ zugeschrieben wird. Deutlich wird auch, dass sich die Entwicklung des Schmerzverständnisses und von Interventionen zur Schmerzkontrolle analog zu dem dominanten Gesundheitsverständnis beziehungsweise der vorherrschenden Erklärungsansätze für die Entstehung von Krankheit vollzog (Gatchel 1999, 4).⁶ Somatosensorische Vorstellungen und monokausale Reiz-Reaktion-Modelle der Schmerzentstehung bildeten sich in der abendländischen Kultur erst mit Beginn der Aufklärung und der Entwicklung der naturwissenschaftlich orientierten Medizin heraus. Mechanistische Modelle der Krankheits- und Schmerzentstehung waren grundlegend für die Entwicklung der Annahme einer prinzipiellen „Regulierbarkeit“ von Schmerz und der Entwicklung und Anwendung von effektiven Verfahren der analgetischen Schmerzkontrolle, so auch der Anästhesie, allerdings zum Preis einer zunehmend reduktionistischen Betrachtung des Schmerzgeschehens und einer Fokussierung auf den Symptomcharakter des Schmerzes. Sie waren noch in den ersten Jahrzehnten dieses Jahrhunderts Grundlage physiologischer Schmerztheorien (Altstaeder/Gotthold 1996, Wahl 1994), erwiesen sich jedoch gerade bei chronischen Schmerzen als unzureichend, denen die somatisch orientierte Akutmedizin mehr oder weniger „hilflos“ gegenüberstand und steht. Neben der verhaltensmedizinischen und psychologischen Forschung trug die in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts begonnene Entwicklung der Schmerzforschung zu einem eigenständigen Fachgebiet zur Erarbeitung der empirischen Grundlagen für komplexere Modellvorstellungen des Schmerzes bei. Neurophysiologische und psychologische Forschungsbefunde belegen, dass das Schmerzerleben eine große inter- und intraindividuelle Variabilität und Modifizierbarkeit aufweist. Sie unterstreichen die Bedeutung, die kognitiv-mentalenen wie auch psychosozialen Vermittlungsprozessen, neben physiologischen Prozessen, für das individuelle Schmerzleben zukommt (Göbel 1988).

⁶ Die Skizzierung folgt hier im Ansatz Müller-Busch (1999) und Mühlig (1997, 7ff). Auf eine eingehende Darstellung der historischen Entwicklung von Schmerzauffassungen in unterschiedlichen kulturellen Kontexten wurde hier verzichtet, da sie in der erforderlichen Tiefe den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Einen ersten Einstieg bieten ferner die Übersichten von Baune (1998, 20ff) und Göbel (1988), wo sich weiterführende Literaturhinweise finden.

Im Zuge dieser Entwicklung hat sich in der Fachliteratur in den letzten Jahrzehnten weitgehend die Betrachtung von Schmerz als ein individuell erlebtes und multifaktoriell geprägtes Phänomen durchgesetzt. Übereinstimmung besteht unter Schmerzexpertinnen und -experten mittlerweile darüber, dass bei der Schmerzempfindung somatische, psychische, emotionale und kognitive Faktoren der Wahrnehmung sowie situative Kontexte gleichermaßen zum Tragen kommen, die ihrerseits soziokulturell geprägt sind. Dabei wird von einer engen, wechselseitigen Beziehung zwischen den einzelnen Einflussfaktoren ausgegangen und zwar sowohl im Sinne einer potentiellen Verstärkung als auch einer Verringerung der Schmerzempfindung. Neuere Schmerzdefinitionen und Klassifikationsschemata versuchen denn auch der Multidimensionalität des Phänomens Schmerz zumindest im Ansatz gerecht zu werden.

Eine Expertengruppe definierte 1979 im Auftrag der Internationalen Vereinigung zum Studium des Schmerzes (International Association for the Study of Pain - IASP) den Begriff Schmerz als „ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebsschädigung verknüpft ist, oder mit Begriffen einer solchen Schädigung beschrieben werden kann“ (IASP 1986, S217). Schmerz als „Sinnes- und Gefühlserlebnis“ ist mit einer Schmerzvorstellung als rein somatisches Geschehen und mechanistischen Erklärungsansätzen eines einfachen Stimulus-Response-Modells nicht vereinbar. Die ergänzenden Erläuterungen zur Schmerzdefinition der IASP werden denn auch mit dem prägnanten Statement eingeleitet: „Schmerz ist immer subjektiv“. Weiterhin wird hervorgehoben, dass Menschen oftmals ohne eine erkennbare Gewebeschädigung oder nachweisbare pathophysiologische Ursache Schmerzempfindungen berichten. Daher sei, wenn die Betroffenen ihre Empfindungen als Schmerz erleben und entsprechend berichten, dies prinzipiell als Vorhandensein von Schmerz zu akzeptieren (IASP 1986, S217ff). Die IASP-Definition wird daher von verschiedenen Autorinnen und Autoren, wenn auch nicht als allumfassend, so doch als grundlegend für die Durchsetzung eines multifaktoriellen Schmerzverständnisses gewertet (z.B. Hüper 1996, Kröner-Herwig 1997a, b, 1999c).

Die auf der Grundlage der Erforschung sogenannter psychogener und chronischer Schmerzen erfolgte Erweiterung des Schmerzverständnisses hat, neben physiologischen Mechanismen der Schmerzentstehung, psychosoziale Faktoren verstärkt als Ansatzpunkte für Interventionen des Schmerzmanagements in das Blickfeld von Schmerzforschung und Therapiepraxis gerückt (IASP 1986, Kröner-Herwig 1997b). Bonica (1990), einer der führenden Schmerzforscher in den USA, beschreibt Schmerz als existentielles Bewusstseinsphänomen, das das Sein in seiner Gesamtheit beeinträchtigt. Auch in der an das Pflegemodell von Roper et al. (1987) anknüpfenden Kategorisierung der „Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens“ (AEDL) wird Schmerz der Dimension der „existentiellen Erfahrungen des Lebens“ zugeordnet (Krohwinkel 1993, 22). Schmerz bildet denn auch bei malignen Tumorerkrankungen für die Betroffenen wie auch für ihnen nahestehende Bezugspersonen das am stärksten emotionsaufrührende und angstbesetzte Symptom. Die Furcht vor Schmerzen und vor einem qualvollen Sterben ist, so Rimer et al. (1992), die häufigste Sorge der Betroffenen.

Im Folgenden sollen die für die Entwicklung von therapeutischen Zugängen bei chronischen Schmerzen zentralen theoretischen Modelle zur

Erklärung des Phänomens Schmerz und des Schmerzerlebens in den Grundzügen umrissen werden.

2.1 Theoretische Konzepte zur Erklärung des Phänomens „Schmerz“

In Übersichtsdarstellungen zur Entwicklung grundlegender theoretischer Konzepte zur Erklärung des Schmerzphänomens werden vorrangig die folgenden vier teilweise aufeinander aufbauenden theoretischen Ansätze herausgestellt, die wesentlich zum tieferen Verständnis auch des Phänomens chronischer Schmerzen beigetragen haben:

- die Gate-Control-Theorie,
- operante Schmerzmodelle,
- transaktionale und biopsychosoziale Schmerzkonzepte und
- kybernetische und systemtheoretische Ansätze.⁷

Als Paradigmenwechsel von einer primär physiologisch-mechanistischen hin zu einer systemischen Betrachtung des Schmerzes wird vielfach die von Melzack und Wall Mitte in den sechziger Jahre entwickelte Gate-Control-Theorie herausgestellt (Melzack/Wall 1965, Melzack/Casey 1968), mit der die Autoren bio-medizinische und psychologische Erklärungsansätze der Schmerzentstehung zu einem theoretischen Modell zu verbinden suchten (Gatchel 1999, Kröner-Herwig/Hoefert 1999). Mit der Konzeptualisierung operanter Schmerzmodelle und der Ausformulierung transaktionaler Schmerzkonzepte wurde das Verständnis des Phänomens Schmerz in der Folgezeit zunehmend erweitert. Auf der Grundlage kybernetischer, an die Systemtheorie anknüpfende Regulationsmodelle wird Schmerz heute als komplexes, biopsychosoziales Geschehen von subjektiver Erlebnisqualität betrachtet (Seemann/Zimmermann 1990, 1999).

2.1.1 Die Gate-Control-Theorie als paradigmatische Wende

Die Gate-Control-Theorie wird vielfach als Markstein der paradigmatischen Wende von einem unidirektionalen und mechanistischen Schmerzverständnis hin zur Konzeptualisierung des Schmerzes als mehrdimensionales Geschehen von subjektiver Erlebnisqualität betrachtet. Melzack and Wall (1965) legten mit ihr ein Modell zur Erklärung neuronaler Regulationsmechanismen der nozizeptiven Informationsverarbeitung vor. Es kann als Synthese der bis dahin gewonnenen physiologischen und psychologischen Erkenntnisse der Schmerzentstehung und des Schmerzerlebens betrachtet werden. Das Schmerzerleben wird demnach durch sensorische, kognitive, affektive und emotionale Faktoren bestimmt. Entsprechend sind nach Melzack und Casey (1968) für das individuelle Schmerzerleben drei Ebenen der Schmerzerfahrung relevant: (1) die sensorisch-diskriminante, (2) die motivational-affektive und (3) die kognitiv-affektive Komponente des Schmerzerlebens.

⁷ Zusammenfassende Übersichten zu den zentralen theoretischen Schmerzkonzepten bieten Kröner-Herwig (1997a), Mühlig (1997, 12ff), Gatchel (1999) sowie Seemann und Zimmermann (1999). Auf die Darstellung des in der psychoanalytischen Tradition stehenden, heute im Ansatz jedoch als überholt geltenden Konzepts der sog. Schmerzpersönlichkeit wird hier verzichtet, da eine differenzierte Darstellung den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde. Als Übersicht hierzu s. Kröner-Herwig (1999e, 197ff).

Einige der physiologischen Grundannahmen der Gate-Control-Theorie wurden in der Folgezeit experimentell widerlegt: Als empirisch gesichert gilt jedoch die Annahme, dass die Hemmung der nozizeptiven Reizleitung bereits im Hinterhorn des Rückenmarks durch absteigende (dezendierende) zentrale Kontrollsysteme ausgelöst wird. Der Beitrag der Gate-Control-Theorie für ein besseres Verständnis des Schmerzerlebens wird heute primär in der Identifizierung des modellierenden Einflusses hoher zentralnervöser Instanzen auf die nozizeptive Reizverarbeitung auf der Ebene der ersten zentralnervösen Instanzen gesehen:

„Die zentrale Aussage dieser Theorie besagt, daß der empfundene Schmerz nicht allein durch die Intensität des noxischen Stimulus determiniert wird, sondern sowohl durch eine andere gleichzeitig stattfindende sensorische Stimulation (zum Beispiel Hemmung durch mechanische Afferenzen) als auch durch efferente zentralnervös gesteuerte Prozesse beeinflusst wird. Dies kann sich schmerzverstärkend, aber auch schmerzdämpfend auswirken. Die zentralnervösen Prozesse schlagen sich zum einen in der kognitiv-evaluativen und zum anderen in der affektiven Verarbeitung des Schmerzreizes nieder. Noch eine weitere Dimension der Schmerzverarbeitung beziehungsweise Reaktion ist zu berücksichtigen: die behaviorale Antwort auf den noxischen Reiz. Sie reicht vom automatisierten Schutzreflex bis hin zur komplexen interaktiven und kommunikativen Verhaltensweise und hat Rückwirkungen auf das Schmerzerleben“ (Kröner-Herwig 1997a, 257).

Melzack und Wall entwickelten somit mit der Gate-Control-Theorie einen - im Detail allerdings nicht empirisch belegten - theoretischen Rahmen für die Erklärung der Rolle psychomentaler Vermittlungsprozesse der Schmerzverarbeitung und damit für die Subjektivität des Schmerzerlebens. Ähnlich wie Gatchel (1999) und Kröner-Herwig (1997a) wertet auch Basler (1993) die Gate-Control-Theorie dahingehend als bahnberechnend, als sie den Blick auf die potentielle Bedeutung psychosozialer Faktoren für Schmerzwahrnehmung und -erleben lenkte und in der Folgezeit die psychologische Therapieforschung stimulierte, in dem sie „ein plausibles Modell für die Interaktion biologischer und psychologischer Faktoren chronischen Schmerzes vorstellt, durch das die Wirksamkeit psychologischer Verfahren der Einflußnahme auf neurophysiologische Prozesse erklärt werden konnte.“ (Basler 1993, 299)

In Informationsbroschüren und Patientenschulungsprogrammen wird auch heute vielfach zur Illustration der Wirkungsmechanismen von psychologischen Verfahren des Schmerzmanagements bzw. der Beeinflussbarkeit des Schmerzerlebens durch verhaltensbezogene, kognitive oder emotionale Prozesse auf das eingängige Modell der Gate-Control-Theorie zurückgegriffen (Kröner-Herwig 1997b, 341, Kröner-Herwig/Lucht 1991).

2.1.2 Operante Schmerzmodelle als Grundlage für verhaltensbezogene Interventionen

Operante Schmerzmodelle konzentrieren sich in ihrer Betrachtung des Schmerzphänomens auf das beobachtbare Schmerzverhalten, das heißt auf motorische, verbale, para-verbale und non-verbale Schmerzreaktionen (vgl. Fordyce 1976). Ausgehend von dem zugrunde liegenden behavioristischen Ansatz werden drei Hauptkomponenten des Schmerzverhaltens unterschieden:

- Expressivität (Weinen, Stöhnen, Mimik, Gestik, Haltung),
- Schonverhalten (Schonhaltung betroffener Körperteile, Inaktivität, sozialer Rückzug) und
- Inanspruchnahmeverhalten medizinischer Dienstleistungen (Krankenrolle, Häufigkeit der Arztbesuche, Medikamentenkonsum).

Auf der Grundlage verhaltenspsychologischer Konzepte wurde herausgearbeitet, dass das Schmerzverhalten der Betroffenen Verstärkungseinflüssen aus dem sozialen Umfeld unterliegt, die eine Chronifizierung von Schmerz einleiten oder zumindest begünstigen können, das heißt, sie können das Schmerzerleben unabhängig von der (organischen) Ursache durch positive oder negative Verstärkung langfristig aufrechterhalten und intensivieren. Im Sinn des sekundären Krankheitsgewinns meint positive Verstärkung Mechanismen wie die Aufrechterhaltung oder Verstärkung des Schmerzverhaltens aufgrund von Zuwendung, die die Betroffenen (nur) bei Schmerz erlangen. Negative Verstärkung bezieht sich auf Mechanismen der Aufrechterhaltung oder Verstärkung des Schmerzverhaltens durch die bei Schmerz als Krankheitssymptom, beziehungsweise mit der Krankenrolle verbundene Entbindung von sozialen Pflichten, insbesondere für die Betroffenen negativ besetzter Situationen, sei es die legitime Meidung unangenehmer Anforderungen, die Entlastung von unliebsamen Aufgaben oder die Rückzugsmöglichkeit aus unangenehmen Situationen. Negative Verstärkung kann somit - so Kröner-Herwig (1997a, 258f) - vor allem dann zum Tragen kommen, wenn emotional negativ besetzte Situationen von den Betroffenen „über den Schmerz“ vermieden werden können (s.a. Philips 1987). Ferner wurde auf der Grundlage des behavioristischen Ansatzes die mögliche systemstabilisierende Funktion chronischer Schmerzen im Sinne der Aufrechterhaltung des Gleichgewichts primärer sozialer Netzwerke herausgearbeitet.

Die Fokussierung auf das Schmerzverhalten und hier wirksame soziale Vermittlungsprozesse impliziert allerdings eine Ausklammerung physiologischer, kognitiver und affektiver Faktoren. Operante Schmerzmodelle bieten daher für sich genommen keinen umfassenden Erklärungsansatz für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerz. Durch die Analyse sozialer Determinanten des Schmerzverhaltens und der sozialen Funktion des Schmerzes gelang es jedoch, potentielle psychosoziale Mechanismen der Schmerzchronifizierung zu erklären und Therapieansätze zu entwickeln, die auf der Ebene der Verhaltensmodifikation ansetzen, zum Beispiel auf der Basis des sog. operanten Konditionierens (vgl. a. Birbaumer 1986, Flor 1999, Nilges 1993, Wooley et al. 1978).

2.1.3 Transaktionale und biopsychosoziale Ansätze

Ausgehend von den Erkenntnissen der kognitiven Psychologie betrachten transaktionale und biopsychosoziale Erklärungsansätze Schmerz - analog zu transaktionalen Stress- und Copingkonzepten (Lazarus/Launier 1981) - als Resultat komplexer Wechselbeziehungen zwischen der jeweiligen genetischen Prädisposition, nozizeptiven Reizen, kognitiven Verarbeitungsprozessen, psychischen Beeinträchtigungen, individuellen Bewältigungsstrategien und den situativen sozialen Kontextbedingungen.

Nach dem **Drei-Ebenen-Modell der Schmerzreaktion** von Birbaumer (1984) ist Schmerz als multifaktorielle organismische Reaktion zu betrachten, die sich auf den folgenden drei Ebenen manifestiert:

- (1) auf der *physiologisch-organischen Ebene*: sie umfasst die neurophysiologischen Schmerzreaktionen, wie die Erregungsvorgänge im Nozizeptorsystem, im autonomen und zentralen Nervensystem und die Ausschüttung endogener biochemischer Algetika (z.B. Substanz P, Serotonin);
- (2) auf der *motorisch behavioralen Ebene*: dazu gehören muskuläre Reaktionen, wie Muskelreflexe, Veränderungen des Muskeltonus und der non-verbale Ausdrucksmotorik als Reaktion auf das Schmerzempfinden und
- (3) auf der *psychologisch-subjektiven Ebene*: sie umfasst „offene“ verbale und paraverbale Schmerzäußerungen ebenso wie „verdeckte“ Reaktionen (Kognitionen, Emotionen).

Das hieran anknüpfend am Beispiel chronischer Rückenschmerzen von Flor et al. (1988) entwickelte **psychobiologische Diathese-Stress-Modell** geht von vier grundlegenden Faktoren im Prozess der Entstehung und Chronifizierung von Schmerz aus. Sie umfassen:

- (1) eine organische Disposition für pathophysiologische Reize (Diathese),
- (2) externe und interne aversive Reize, die Reaktionen auf der physiologischen, motorischen und subjektiven Ebene hervorrufen (Stress),
- (3) unzureichende Bewältigungskompetenzen und
- (4) spezifische Schmerzreaktionen (emotional und verhaltensbezogene Beeinträchtigung) und Schmerzkonsequenzen (Verstärkerbedingungen, operante Konditionierung).

Deutlich herausgearbeitet wurde die Interaktion zwischen physiologisch-organischen, affektiv-emotionalen, kognitiven und sozialen Faktoren. In Anbetracht der Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung zum Phänomen der Neuroplastizität des nozizeptiven Systems, das heißt des Nachweises neurophysiologischer und zentralnervöser Veränderungen durch Schmerzstimulation (Coderre et al. 1993, Coderre/Katz 1997) ist das Diathese-Stress-Modell auch dahingehend als richtungsweisend zu betrachten, als hier im Unterschied zu operanten Schmerzkonzepten biologische Grundlagen der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung gleichermaßen Berücksichtigung finden.

Von Geissner (1990, 1992) wurde unter Bezugnahme auf Theorien der Informationsverarbeitung ein **Mikro-Makro-Modell chronischer Schmerzen** entwickelt. Schmerz wird hier als multidimensionales Geschehen von subjektiver Erlebnisqualität definiert. Das Schmerzerleben ist nach diesem Modell ein aktiver dynamischer Prozess, in dem sensorische, kognitive, emotionale und motorische Komponenten zum Tragen kommen. Die Schmerzwahrnehmung erfolgt demnach auf vier Ebenen:

- (1) der sensorischen Ebene (Schmerzlokalisierung, -frequenz, -dauer),
- (2) der affektiven Ebene (Schmerzqualität, Leidensaspekt),
- (3) der vegetativen Ebene (allgemeine Aktivierung, Begleitsymptome) und
- (4) der motorisch-reflektorischen Ebene (Vermeidungs- und Fluchtreflexe).

Das Mikro-Makro-Modell geht dabei von vorbewussten Verarbeitungsinstanzen des Schmerzes aus, den sogenannten „schematic memories“. Ihnen wird eine Filterfunktion im Sinne der Informationsselektion zugeschrieben. Sie entwickeln sich im Verlauf der je spezifischen individuellen Lerngeschichte beziehungsweise Schmerzgeschichte und werden entsprechend durch neuerliche (Schmerz-)Erfahrungen fortlaufend modifiziert. Angenommen wird, dass die Vorverarbeitung von Schmerzsignalen (sensorische und affektive Reizeigenschaften) durch simultan arbeitende Systeme erfolgt, während als integrierende Instanz auf der Bewusstseins- und Interpretations- und Bewertungsprozesse (z.B. Vergleichs-/Intensitätseinschätzung) ablaufen und Prozesse der absteigenden neuronalen Hemmung auslösen. Die kognitive Bearbeitung (Handlungsplanung, Verlaufserwartung, Bewältigungskognitionen) mündet in konkrete Bewältigungshandlungen, sei es die Beseitigung oder Meidung der Schmerzquelle und/oder eine interne oder externe Aufmerksamkeitsverschiebung. Das Ergebnis wirkt im Sinne einer Feedbackschleife auf die kognitive Bearbeitung zurück. Langfristige emotionale Folgen, wie Depression, Angstzustände, Beeinträchtigungen des Wohlbefindens und des Selbstwertgefühls ebenso wie behaviorale Schmerzkonsequenzen (Schmerzverhalten, wie Schonhaltung und generelle Aktivitätseinschränkung bis hin zur Inaktivität und damit verbundene atrophische Prozesse und Fehlhaltungen) wirken ihrerseits wiederum negativ auf die kognitive Wahrnehmung und Interpretation zurück (positive Rückkoppelung). Beeinträchtigungen durch eine anhaltende Konfrontation mit Schmerzreizen verstärken das Schmerzerleben für folgende Schmerzerfahrungen und können im ungünstigsten Fall die kognitive Bearbeitungskapazität der Betroffenen für Bewältigungsversuche blockieren. Herausgestellt wird ferner, dass das Schmerzerleben durch personale Faktoren oder Dispositionen (z.B. Ängstlichkeit, depressive Grundstimmung, allgemeiner Gesundheitszustand) und durch Umweltvariablen (z.B. Verstärkerbedingungen im primären sozialen Netz, sozioökonomische Rahmenbedingungen) beeinflusst wird.

Die Kernaussagen des Mikro-Makro-Modells stehen weitgehend im Einklang mit Befunden der experimentellen Schmerzforschung. Im Detail wäre das Konzept heute um neuere, neurowissenschaftliche Erkenntnisse zu ergänzen, so um die Neuroplastizität und die der kognitiven Informationsverarbeitung zugrunde liegenden biochemischen Prozesse der nozizeptiven Reizübertragung über vorbewusste zentralnervöse Mechanismen und um Mechanismen der endogenen Schmerzkontrolle (Mühlig 1997, 14).

2.1.4 Systemtheoretische Schmerzkonzepte

Als zukunftsweisend wertet auch Mühlig (1997, 15) das von einer systemtheoretischen Perspektive ausgehende, kybernetische Schmerzkonzept von Seemann und Zimmermann (1990, 1999), das physiologische, psychologische und soziale Dimensionen des Schmerzgeschehens berücksichtigt. Schmerz wird hier verstanden als Ausdruck einer systemischen Störung von interdependenten, das heißt strukturell und funktionell aufeinander bezogenen Regelkreisen, die hierarchisch organisiert und in komplexen Systemen zusammengefasst sind. Differenziert wird zwischen den drei folgenden Regulationsebenen des Schmerzgeschehens:

- dem physiologischen System (motorische und sympathische Regulation),
- dem psychischen System (kognitive und Verhaltensregulation) und
- dem sozialen System (interpersonelle Regulationsebene).

Auf der Ebene des *physiologischen Systems* erfolgt demnach bei Schmerz eine Gegensteuerung durch zentralnervös gesteuerte, projektive motorische und sympathische Reaktionen, durch die bei Akutschmerz die Homöostase durch sogenannte negative Rückkoppelung innerhalb einer überschaubaren Zeitspanne wieder hergestellt wird. Das physiologische Regulationssystem kann jedoch unter bestimmten Bedingungen entgleisen und zur Chronifizierung des Schmerzes führen. Der Logik des Modells folgend ist chronischer Schmerz das Resultat positiver Rückkoppelungsprozesse, die Fehlregulationen und Aufschaukelungsprozesse einleiten. So können in einer Körperregion noxische Reize lokal zu reflektorischen motorischen Schutzreaktionen führen, die bei anhaltender Reizung zu einer erhöhten Muskelanspannung führen und dadurch ihrerseits Nozizeptoren im Muskel erregen und Schmerzempfindungen auslösen können (positive Rückkoppelung). Die erhöhte nozizeptive Sensation führt wiederum zu verstärkter reflektorischer Muskelanspannung und damit zu einer erneuten Erregung der Nozizeptoren im Muskelgewebe. Es entsteht ein sich selbst erhaltender Schmerzkreis. Ein derartiger Spannungsschmerzzyklus kann durch pathophysiologische Zustände im Bewegungsapparat bei motorischer Fehlbeanspruchung ebenso wie durch psychische Anspannung (z.B. Stress, Angst) und Konditionierungslernen eingeleitet werden. So kann bereits die Furcht vor neuerlichem Schmerz zu motorischer Anspannung oder dysfunktionaler Schonhaltung führen, durch die sich eine schmerzerzeugende Atrophie entwickelt. Analog hierzu kann eine Dysbalance im sympathischen Nervensystem entstehen und in einen schmerzerhaltenden „circulus vitiosus“ münden:

„Noxische Stimulationen lösen verschiedene sympathische Reflexe aus (z.B. lokale Durchblutungssteigerungen), die normalerweise eine gegenregulative Funktion erfüllen (negative Rückkoppelung). Ist der sympathische Reflex dem zugrunde liegenden schmerzverursachenden pathophysiologischen Prozeß nicht angepaßt, kommt es zu einer Verstärkung der nozizeptiven Reizung und in deren Folge zu weiterer sympathischer Reflextätigkeit“ (Mühlig 1997, 15).

Auf der Ebene des *psychisch-kognitiven Regulationssystems* wird dem Schmerz eine Kommunikationsfunktion (Mitteilungs-/Appellcharakter) zugeschrieben. Er signalisiert dem Körper psychische Belastung (Überforderung, Konflikte) oder physiologische Störungen (Verletzung, Entzündung), deren kognitive Verarbeitung funktionale oder dysfunktionale Reaktionen auf der Verhaltensebene auslösen kann. Eine funktionale kognitive Verarbeitung meint hier das Erkennen und angemessene Einordnen der Körpersignale, die Aktualisierung der Kontrollüberzeugung und Selbstwirksamkeit, die Planung und Ausführung von aktiven Bewältigungsaktivitäten zur Erhaltung der Handlungsfähigkeit. Analog werden unter einer dysfunktionalen kognitiven Verarbeitung der „Körpersignale“ Fehlinterpretationen verstanden, sei es das Ignorieren des Schmerzes, eine falsche Ursachenzuschreibung oder Fehleinschätzung der eigenen Bewältigungskompetenz. Diese Fehleinschätzungen können langfristig negative Kognitionen, wie Gefühle der Ohnmacht und Hoffnungslosigkeit, und negative Affekte, wie Angst und Depression, auslösen und darüber ihrerseits das Schmerzerleben verstärken.

Auf der *sozialen Systemebene* sind einerseits Interaktionsprozesse wirksam, die das Schmerzgeschehen reduzieren und Bewältigungskompetenzen fördern können. Hierzu gehören sozioemotionale Unterstützung und die Stärkung von Selbstpflegeressourcen, Eigenverantwortung und von gesundheitsförderlichem Verhalten. Andererseits können interaktive Mechanismen das Schmerzgeschehen intensivieren und aufrechterhalten, wie es im Rahmen operanter Schmerzmodelle herausgearbeitet wurde.

„Die Funktionalität von Schmerzen kann als Zielkonkurrenz unterschiedlicher Subsysteme (z.B. soziales vs. physiologisches Teilsystem) oder als Instrument zur Systemstabilisierung in psychosozialen Regulationssystemen neu begriffen werden. Das heißt menschliches Handeln besteht nicht immer in einer kohärenten Kooperation einzelner Regelsysteme, sondern diese können auch gegeneinander wirken - je nach individueller Prioritätensetzung kann ein interozeptives Signal, wie Schmerz, das zur Ruhe mahnt, zugunsten höherer Ziele ignoriert werden (familiäre oder berufliche Verpflichtungen, Karriere). Die komplexe Interdependenz funktional verwobener hierarchisch organisierter Subsysteme lassen sich systemtheoretisch adäquat abbilden. Setzt die Schmerzbehandlung an einer untergeordneten Ebene an, die zu einer für den Betroffenen übergeordneten Regulationsebene in Konkurrenz steht, wird der Therapieerfolg auf der somatischen Ebene konterkariert (z.B. pharmakologische Analgesie vs. Schmerz als emotionsregulierende Bewältigungsstrategie). Aus einer systemischen Perspektive werden Wechselbeziehungen und Interdependenzen im diagnostischen Prozeß berücksichtigt“ (Mühlig 1997, 16).

Strategiefehler eigeninitiativer Maßnahmen der Schmerzbewältigung der Betroffenen, wie auch im Rahmen der Therapieplanung durch die professionellen Akteure, können jede Regulationsebene betreffen, sei es durch Übersteuerungstendenzen (Übertherapie), die isolierte Behandlung einzelner Systemausschnitte beziehungsweise eine einseitige Fokussierung der Therapie (somatische oder psychologische Therapie), oder aufgrund einer unrealistischen Zielsetzung (Heilung statt Linderung). Die unterschiedlichen Regulationsebenen bieten zugleich einen Orientierungsrahmen für die Therapieplanung und erlauben im Ansatz die Zuordnung des spezifischen Beitrags der beteiligten Fachdisziplinen im Rahmen eines integrierten Schmerztherapiekonzeptes. Das Modell wird der Komplexität des Phänomens der Schmerzchronifizierung am ehesten gerecht und eröffnet ein tieferes Verständnis für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen. Mühlig (1997, 17) konstatiert in diesem Zusammenhang zudem eine zunehmende, erkenntnistheoretische Übereinstimmung und gegenseitige Befruchtung zwischen den Neuro- und Kognitionswissenschaften: Die neurobiologische Forschung identifiziert zunehmend physiologische Korrelate der kognitiven Informationsverarbeitung von Schmerz, während sich Modelle der kognitiven Psychologie zur Ableitung forschungsleitender Hypothesen über zentralnervöse Funktionsabläufe anbieten.

Die Erkenntnisse der Schmerzforschung lassen insbesondere bei chronischem Schmerz eine eingehende, die Multidimensionalität von Schmerzgenese und Schmerzerleben berücksichtigende Diagnostik und integrierte Therapie angezeigt erscheinen. Darüber hinaus unterstreichen Erkenntnisse der neurobiologischen Forschung die Bedeutung, die der Primär- und Sekundärprävention einer Chronifizierung von Schmerzzuständen beizumessen ist. Eine entsprechend umfassende Betrachtungsweise des Phänomens Schmerz lässt sich auch aus dem von Larson et al. (1994) konzipierten Rahmenkonzept des Symptomanagements im (Pflege-)Alltag ableiten.

2.2 Schmerzdefinitionen und -typologien: Das Problem der begrifflichen Fassung eines subjektiven Phänomens

Die möglichst präzise Beschreibung und systematische Klassifikation ist grundlegend für die Indikationsstellung und zielgerichtete Behandlung von Schmerzzuständen. Besonders schwierig gestaltet sich die Schmerzdiagnostik wenn die Betroffenen die Symptomlagen aufgrund von eingeschränkten kognitiven oder kommunikativen Fähigkeiten nicht oder nur bedingt verbalisieren können. Dies gilt für (Klein-)Kinder ebenso wie für Erwachsene mit eingeschränktem kognitiven Leistungsvermögen. Beispielhaft sei hier auf die wachsende Gruppe (hoch-)betagter, oftmals an chronischen Erkrankungen leidender Menschen mit dementiellen Veränderungen verwiesen, die ihr Schmerzerleben gegenüber professionellen Akteuren und ihren Bezugspersonen nicht oder nur bedingt verbal mitteilen können. Schmerzdiagnostik setzt ein elaboriertes Beschreibungssystem voraus, das der engen Wechselbeziehung zwischen Schmerzerleben und emotional-affektiven Zuständen Rechnung trägt und moderierende Effekte situativer Kontextbedingungen im Sinne einer möglicher Verstärkung wie auch Minderung des Schmerzerlebens berücksichtigt.

Eine systematische Beschreibung von Schmerz kann nach unterschiedlichen Klassifikationsbezügen erfolgen. Für die Diagnostik hat sich in der schmerztherapeutischen Praxis eine differenzierte Betrachtung des Schmerzes nach pathogenetischen Aspekten und mit Blick auf die zeitliche Dimension zwischen akutem und chronischem Schmerz, sowie zwischen verschiedenen Facetten des Phänomens chronischer Schmerz bewährt, die sich auch im Hinblick auf therapeutische Zugänge als hilfreich erwiesen haben und hier kurz vorgestellt werden sollen. Die im Folgenden skizzierten Klassifizierungen von Schmerzphänomenen sind im Sinne von Idealtypen zu verstehen, da in der Realität oftmals Mischtypen oder Übergangsstadien im Verlauf der Chronifizierung von Schmerz zu beobachten sind, die im Einzelfall nicht immer eine eindeutige Zuordnung zulassen.

2.2.1. Differenzierung zwischen akutem und chronischem Schmerz

Mit Blick auf die zeitliche Dimension von Schmerz kann zwischen Akutschmerz, rezidivierendem Schmerz und Dauerschmerz unterschieden werden. Unterscheidungskriterien zwischen akutem und chronischem Schmerz beziehen sich neben der zeitlichen Dimension (Dauer) auf die Frage der Bestimmbarkeit der Ätiologie, die Lokalisierbarkeit des Schmerzes, eine zuschreibbare physiologische Funktion, die Frage eines möglichen kausalen Therapiezugangs und das Ausmaß psychosozialer Folgewirkungen.

Akute Schmerzen haben nach vorliegenden Definitionen in der Regel eine klar erkennbare Ursache. Sie treten zumeist infolge einer Gewebeschädigung durch eine identifizierbare Ursache auf, so bei Verletzungen im weiteren Sinn und akuten Entzündungsprozessen. Akute Schmerzen sind in der Regel gut lokalisierbar, zeitlich begrenzt und kausal therapierbar. Als physiologisches Alarm- und Warnsymptom signalisieren sie eine potentielle Schädigung, lösen Flucht- und Vermeidungsreflexe (Schadensfrühwarnsystem) und in deren Folge die für akute Stressreaktionen typischen vegetativen Symptome aus. Hierzu zählt Anstieg von Herzfrequenz und Blutdruck, Vertiefung der

Atmung, Erweiterung der Pupillen und reflektorische Steigerung des Muskeltonus sowie - je nach Stärke des Schmerzerlebens - auch reaktive Angst. Physiologisch wird akutem Schmerz entsprechend eine Schutzfunktion zugeschrieben: Er dient der Erhaltung beziehungsweise Wiederherstellung der körperlichen Integrität und Funktionsfähigkeit, indem er bei schweren Erkrankungen, nach Unfalltraumata oder invasiven medizinischen Eingriffen zur Ruhe zwingt und damit der Rekonvaleszenz zuträglich ist (vgl. z.B. Basler/Rehfishch 1990, Kröner-Herwig 1999c, Egle 1993, 131, Wall 1979).

Akuten Schmerzen, und dies erscheint auch mit Blick auf das Schmerzerleben und die Bewältigung zentral, kann damit auch physiologisch „Sinnhaftigkeit“ zugeschrieben werden. Auf der psychischen Ebene sind akute Schmerzen zumeist mit vorübergehendem Angst- und Stresserleben verbunden. Akute Schmerzzustände können allerdings gerade bei Kindern auch längerfristige Traumatisierungen und psychopathologische Spätfolgen zeitigen. Der noch begrenzte Erfahrungsbestand lässt Schmerz für Kinder bedrohlicher erscheinen. So verweist Mühlig (1997) darauf, dass besonders ein plötzlicher, unvorhergesehener und unberechenbarer Schmerz, etwa im Rahmen invasiver medizinischer Prozeduren, bei Kindern extreme Distress- und Panikreaktionen auslösen kann.

Chronischer Schmerz, sei es in Form anhaltender Dauerschmerzen oder wiederholt auftretender Schmerzen, besitzt demgegenüber kaum mehr die dem akuten Schmerz zugeschriebene lebenserhaltende Alarm- und Schutzfunktion. Anhaltender Schmerz kann von einem Krankheitssymptom zur eigenständigen Krankheit werden. Vom Vorliegen chronischer Schmerzen wird ab einer Dauer der Schmerzen, die keiner kausalen Therapie zugänglich sind, von drei Monaten gesprochen, so die Grenzziehung der von der IASP autorisierten Klassifikation chronischer Schmerzen (IASP 1986). Andere Autoren sprechen von chronischen Schmerzen, wenn sie einen Zeitraum von sechs Monaten überdauern, bzw. innerhalb dieses Zeitraums wiederholt auftreten (Kröner-Herwig 1999c, 4).

Der Vorteil dieser eher willkürlichen, wenn auch im Fall der IASP-Klassifikation auf einer internationalen Konvention beruhenden zeitlichen Bemessungsgrenzen gegenüber der weniger konkreten, aber für einzelne Schmerzphänomene spezifizierten Definition von Bonica erscheint fraglich. Bonica (1990) definierte chronischen Schmerz als „pain that persists past the normal time of healing“. Zu den Bestrebungen der Definition einer Zeitmarge für die diagnostische Klassifizierung chronischer Schmerzen führt Bonica aus:

„Although some clinicians use the arbitrary figure of 6 months to designate pain as chronic, this is not appropriate because many acute disease or injuries heal in 2 or 3 or 4 weeks, and at most 6 weeks. In such conditions, if pain is still present a month after cure has been achieved it must be considered chronic“ (Bonica 1990, 180, zit. n. Baune 1998, 10).

Die Ursache und damit die „Sinnhaftigkeit“ ist bei chronischen Schmerzen oftmals nicht mehr unmittelbar erkennbar und die Lokalisation schwierig. Vielmehr werden eher diffuse Schmerzempfindungen beschrieben. Die Entwicklung des Schmerzes vom Symptom zu einem eigenständigen Krankheitsbild kann auch dann eintreten, wenn am Beginn einer sog. Schmerzkarriere eine eindeutig lokalisierbare akute Gewebeschädigung steht, sei es infolge einer Entzündung, eines Unfalltraumas oder einer Gewebe-

schädigung aufgrund eines invasiven medizinischen Eingriffs. Chronifizierung des Schmerzes bedeutet, so Kröner-Herwig (1999c), dass der Schmerz faktisch seinen Anlass „überdauert“. Dem entspricht eine veränderte Begleitsymptomatik. In der Stressforschung als Folgen von Dauerbeanspruchung nachgewiesene soziopsychosomatische Störungen treten in den Vordergrund, darunter Schlaf- und Appetitstörungen, Verlust sexueller Bedürfnisse und erhöhte Reizbarkeit. Im Bestreben, eine Klärung der Ursachen und Schmerzlinderung zu erlangen, treten oftmals zeitraubende schmerzbezogene Aktivitäten in den Mittelpunkt der Aktivitäten der Betroffenen, können der Schmerz und Versuche des Schmerzmanagements zum Lebensmittelpunkt werden. Chronisch schmerzkranken Menschen stehen in der Gefahr, sich infolge einer Fokussierung auf ihre Schmerzen immer mehr von der Aussenwelt zurückzuziehen und geraten damit zunehmend in die Gefahr sozialer Isolation. Wörz und Lendle (1980) prägten für die langfristigen psychosozialen Folgen chronischer Schmerzkrankheit den Begriff des „algogenen Psychosyndroms“, das sich durch eine mißmutig-traurige Verstimmung, affektive Labilität, erhöhte Reizbarkeit und Einengung der Erlebnisfähigkeit auszeichnet, die bis hin zu anhaltender Apathie und Resignation reicht (Basler/Rehfish 1990, 312). Auch Kröner-Herwig (1999c, 9) beschreibt chronischen Schmerz als Störungssyndrom, das gekennzeichnet ist durch eine Vielzahl von erfolglosen kausalen Behandlungsversuchen mit der Folge tiefgreifender kognitiv-emotionaler, verhaltensmäßiger, sozialer und physiologisch-organischer Beeinträchtigung, eine Tendenz des Schmerzes zur Ausbreitung auf verschiedenste Körperbereiche, zur Intensivierung und Dauerbelastung ohne Linderungsphasen.

Bowman (1994) verweist unter Bezugnahme auf die von Strauss und Glaser (1975, 7ff) herausgearbeiteten Probleme, die ein Leben mit chronischer Krankheit aufwirft, darauf, dass anhaltende Schmerzen die Betroffenen auf der Ebene des Bemühens um Prävention und des Managements akuter Krisen und der Therapieregime verharren lasse. Ein unzureichendes Symptommanagement verhindere damit eine „Normalisierung“ im Sinne des Lebens mit und trotz bestehender Gesundheitsbeeinträchtigung.

Festzuhalten bleibt, dass anhaltende oder wiederholte Schmerzen im Sinne des Konzepts der erlernten Hilflosigkeit (Seligman 1992) zu Depressivität, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und zur Erosion des Selbstbildes führen und kognitive Fehleinschätzungen des „frustranten“ Schmerzerlebens, wie Übergeneralisierung, Katastrophierung und Personalisierung, begünstigen können. Das Leiden an chronischem Schmerz wird daher auch als Prozeß einer zunehmenden Erschöpfung beschrieben, in dessen Verlauf sich die Schmerzempfindlichkeit erhöhen kann (Kröner-Herwig 1999c).

Hinzu kommt, dass das schmerzbezogene Schon- und Meidungsverhalten bei chronischen Schmerzen oft beibehalten wird, hier aber mit Blick auf mögliche Grunderkrankungen (z.B. Arthritis, degenerative Erkrankungen der Wirbelsäule) dysfunktional und selbst schmerzverstärkend sein kann. Auch die (Dauer-)Einnahme bestimmter Analgetika (z.B. Kombinationspräparate mit Coffein bei Kopfschmerzen), kann langfristig schmerzinduzierend statt schmerzlindernd wirken. Das mit unterschiedlicher Akzentuierung beschriebene Modell der Schmerzspirale beschreibt den Prozeß der Chronifizierung von Schmerz als einen „circulus vitiosus“, in dem sich, wie Aulbert es am Beispiel von chronischen Tumorschmerzen erläutert, „einerseits Schmerz - Angst

- Hoffnungslosigkeit - psychovegetative Entgleisung, andererseits Schmerz - Verzweiflung - Rückzug - Depression - Erschöpfung gegenseitig verstärken können“ (Aulbert 1997, 506). In diesem Prozess sinkt die Schmerztoleranz der Betroffenen. Wiederholt enttäuschte Hoffnungen auf Schmerzlinderung durch neue erfolgversprechende Therapien tun ihr Übriges. Die Hilflosigkeit der Medizin angesichts von Therapieversagen, die bei Krebs ohnehin bestehende gesellschaftliche Stigmatisierung der Erkrankung als Leiden per se und unweigerlich todbringend (Sontag 1980), können das Schmerzleiden im sprichwörtlichen Sinne verstärken. Die Tendenz zum Rückzug der Betroffenen erhöht die Gefahr sozialer Isolation und damit des Verlustes zentraler sozialer Ressourcen und Unterstützungspotentiale für die Krankheitsbewältigung. Saunders (1967) prägte für schwere Tumorschmerzen im fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung den Begriff des „totalen Schmerzes“, dessen Management die Berücksichtigung der physischen, psychischen, emotionalen, sozialen und spirituellen Dimensionen des Schmerzes und des Krankheitsgeschehens voraussetzt (s.a. Clark 1999).

Neben der zeitlichen Dimension ist daher die Berücksichtigung psychosozialer Dimensionen bei der Chronifizierung von Schmerz angezeigt. Gatchel (1996) spricht von der Aufschichtung („layering“) psychosozialer Probleme im Prozess der Schmerzchronifizierung, die tendenziell auch bei einer eindeutig identifizierbaren körperlichen Schmerzursache den Schmerz überlagern, aufrechterhalten und verstärken können (Gatchel/Epker 1999, 416). Der Grad der Chronifizierung bemisst sich nach multidimensionalen Konzepten der Chronizität von Schmerz denn auch daran, inwieweit sich andauernde oder wiederholt auftretende Schmerzen bereits auf das Erleben und Verhalten der Betroffenen auswirken, so beispielsweise bei dem Mainzer-Stadienmodell der Chronifizierung von Schmerz.

Mainzer-Stadienmodell der Chronifizierung von Schmerz

Von der Mainzer Forschungsgruppe um Gebershagen wurde ein erweitertes Stadienkonzept chronischer Schmerzen entwickelt. Die phänomenologische Klassifikation von Schweregraden chronischer Schmerzen wird in dem Modell weniger anhand der zeitlichen Dimension als an der Komplexität des Schmerzphänomens im Sinne der Ausdehnung auf unterschiedliche Funktions- und Lebensbereiche bemessen. Unterschieden werden die folgenden drei Chronifizierungsstadien (Schmitt 1990, zit. n. Hildebrandt/Pfingsten 1993, 79):

- Stadium I: (sub-)akuter, remittierender Schmerz, verbunden mit wenigen komplizierenden Faktoren;
- Stadium II: chronischer Schmerz, mit mehreren komplizierenden Faktoren (z.B. Multilokalisation, Polytherapien, Medikamentenabusus);
- Stadium III: *lang andauernder chronischer Schmerz, mit vielen komplizierenden Faktoren (z.B. unklare Schmerzlokalisierung, langjährige Polytoxikomanie, schwere psychosoziale Alteration).*

Das von der Forschungsgruppe auf seine Konvergenz mit unterschiedlichen Indikatoren soziopsychosomatischer Gesundheit hin überprüfte Stadienmodell (z.B. Wurmthaler et al. 1995, Pfingsten et al. 2000) findet auch für therapeutische Zwecke Anwendung und wird als Entscheidungsgrundlage

für die Indikationsstellung einer speziellen Schmerztherapie empfohlen (Hildebrandt/Pfingsten 1993, 79, Maier 1997b, 6ff, Seemann/Zimmermann 1999, 26).

Die Stadienzuordnung erfolgt auf der Grundlage der Zusammenfassung der Summenwerte der Ausprägungen der zeitlichen Dimension des Schmerzgeschehens (Häufigkeit des Auftretens, Dauer, Intensitätswechsel), der räumlichen Dimension des Schmerzbildes (Ausbreitungsgrad, Lokalisation), des schmerzbezogenen Medikamentenkonsums und der „Patientenkarriere“ beziehungsweise „schmerzbedingten Institutionenkarriere“ (Anzahl der schmerzbezogenen Arztwechsel, Klinikaufenthalte, Operationen, Rehabilitationsmaßnahmen). In der vorliegenden Version der Stadienermittlung werden die von den Autoren gleichermaßen als zentral betrachteten, psychosozialen Faktoren der Schmerzchronifizierung allerdings noch nicht berücksichtigt (s. Tabelle 1.0). Ihre Operationalisierung in Form einfacher, quantitativ erfassbarer Indikatoren erscheint denn auch ungleich diffiziler. Pfingsten et al. (2000) sehen das Modell auch dahingehend als ergänzungsbedürftig an, als die subjektive Erlebenskomponente des „Schmerzleidens“ (z.B. Grad der körperlichen Beeinträchtigung) bisher in das Graduierungsmodell nicht eingeht.

Tabelle 1.0: Stadieneinteilung und Ausprägungsgrad der Dimensionen chronifizierter Schmerzen nach Gerbershagen

Dimension	Stadium I	Stadium II	Stadium III
Schmerzverlauf	Intermittierend, zeitlich und Intensitäts wechselnd,	lang anhaltend, Intensität wenig wechselnd	Dauerschmerz
Lokalisation	Umschrieben, anatomisch nachvollziehbar, meist monolokulär	Ausdehnung auf größere Areale	> 70% der Körperfläche, multilokalisiert
Medikamenteneinnahmeverhalten	Angemessen, entsprechend ärztlicher Verordnung	vereinzelt Missbrauchs- bzw. Entzugsepisoden	langjähriger Missbrauch, Polytoxikomanie o.ä.m.
Beanspruchung des Gesundheitswesens	Überwiegend ein Arzt und empfohlene Spezialisten, nicht mehr als je eine schmerzbezogene klinische, rehabilitative und operative Behandlung	zwei- bis dreimaliger Arztwechsel, häufiger Wechsel von Spezialisten gleichen Fachs, zwei bis drei stationäre Behandlungen und operative Eingriffe	drei- oder mehrmaliger Arztwechsel, zielloses „Doctor shopping“, mehr als drei schmerzbedingte stationäre Behandlungen bzw. operative Eingriffe
Psychosoziale Risikofaktoren	übliche familiäre und psychosoziale Probleme; adäquate Krankheitskontrolle	zunehmende Auswirkung auf Ehe, Familie, soziale Umwelt und Beruf; ungünstige Bewältigungsstrategien	Versagen in Familie, Ehe, und Beruf; „erlernte Hilflosigkeit“

Quelle: Maier (1997b, 7)

2.2.2 Typisierung chronischer Schmerzen

Neben der Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Schmerzen und Stadien im Prozess der Chronifizierung von Schmerz hat sich die Differenzierung von chronischen Schmerztypen durchgesetzt. Unterschieden

wird zwischen drei **Grundtypen chronischer Schmerzen** (z.B. Kröner-Herwig 1999c, Latham 1993, 52, McCaffery et al. 1997, 34):

- *rekurrierende oder rezidivierende Schmerzen* (intervall- bzw. regelmäßig wiederkehrende, akut-chronische Schmerzepisoden, die sich mit weitgehend schmerzfreien Phasen abwechseln, z.B. bei Migräne, Sichelzellanämie, chronischer Pankreatitis, Bauch- und Rückenschmerzen oft unklarer Ätiologie), sie treten oft ohne erkennbare Organschädigung in Episoden mit unterschiedlicher Frequenz, Dauer und Intensität auf, sind schwer lokalisierbar, unvorhersehbar und meist nur symptomatisch behandelbar, auslösende Faktoren können soziale (kritische Lebensereignisse, familiäre, schulische und/oder berufliche Belastungssituationen), physikalische (Wetterlagen, Nahrungs-/Genussmittel) und/oder intrapersonale Faktoren (Emotionen, Stimmungen, Kognitionen) sein;
- *chronisch-akute Schmerzen* (zeitlich begrenzte Schmerzepisoden, die Monate bis Jahre, unter Umständen auch lebenslang andauern können, einer Kausaltherapie theoretisch zugänglich sind, bzw. bei Heilung der Grunderkrankung vergehen würden, z.B. bei Tumorerkrankungen, Traumata, Verbrennungen und viszerale Erkrankungen);
- *chronisch nicht-maligne Schmerzen* (Schmerzsyndrome, die nicht auf unmittelbar lebensbedrohlichen Ursachen beruhen, Monate bis Jahre anhalten und fast täglich auftreten können, z.B. bei Arthritis, Osteoporose, Gesichtsschmerzsyndromen und sog. psychiatrischen Schmerzsyndromen).

Mühlig (1997) differenziert ferner zwischen drei weiteren „Ätiologien“ chronischer Schmerzen:

- a) Schmerz als klar bestimmbare Folge (Schmerz als Symptom) anhaltender Folgen von Verletzungen (z.B. Traumata, Verbrennungen) oder Gewebeschädigung infolge chronisch-degenerativer Grunderkrankungen (z.B. Polyarthritis, Hämophilie, Neuralgien, Tumore);
- b) Schmerz als Folge einer Störung des nozizeptiven Systems (Schmerz sui generis) oder
- c) Schmerz als ätiologisch unklare, psychosomatische oder funktionale Schmerzsyndrome (idiopathische Schmerzen).

Der in der Typologie verwendete Begriff chronisch-akuter Schmerzen unterstreicht einmal mehr die schwierige Grenzziehung zwischen chronischem und akutem Schmerz. Auch der Begriff chronisch „nicht-maligner“ bzw. „benigner“ Schmerz ist nicht unumstritten, ebenso wie die Subsumierung sog. chronisch-maligner Schmerzen unter das Konzept des chronischen Schmerzes (vgl. Aulbert 1997, 505, Bonica 1990, 180, Klinger/Maier 1999, 150f).

Per definitionem liegen *chronisch-malignen Schmerzen* eine maligne (böartige), oftmals letal verlaufende Erkrankung zugrunde. In der Regel wird hier auf Tumorschmerz rekurriert. Anders als beispielsweise im Fall der Migräne oder des Phantomschmerzes handelt es sich weniger um Schmerzen, die sich von der Grunderkrankung gelöst haben und zu einem eigenständigen Krankheitsbild geworden sind, oder deren Ursache nicht (mehr) identifizierbar ist. Der Schmerz behält, ungeachtet der Dauer, die Funktion als Indikator für eine bestehende und zumeist fortschreitende Organschädigung und kann

somit nicht losgelöst von der Entwicklung der Grunderkrankung betrachtet werden. Dem Tumorschmerz wird denn auch innerhalb des Konzepts chronischer Schmerzen eine Sonderstellung zugesprochen. Er ist als chronischer Schmerz zu betrachten, da er anhält und einer Kausaltherapie nicht oder nur bedingt zugänglich ist. Er behält jedoch eine Warnfunktion und den Symptomcharakter (Kröner-Herwig 1999c, 1). Aulbert (1997, 505) spricht in diesem Sinn von einem doppelten Signalcharakter des Tumorschmerzes als Indikator für das Fortbestehen und Fortschreiten der Krankheit sowie für den Erfolg oder Misserfolg der Tumortherapie. Wie von Rimer et al. (1992) am Beispiel der Knochenmetastasen erläutert, kann Tumorschmerz auch die idealtypisch dem Akutschmerz zugeschriebene Schutzfunktion behalten und das durch ihn begünstigte „Schonverhalten“ funktional sein.⁸

Auch das Konzept der benignen bzw. nicht-malignen Schmerzen weist bei einer breiten Anwendung gewisse Unstimmigkeiten auf. Die exklusive Anwendung des Begriffs maligner-chronischer Schmerzen auf Tumorschmerz erscheint fragwürdig. Dem Umstand geschuldet, dass bei chronischen Schmerzen aufgrund von progredienten chronischen Erkrankungen, die nicht der Gruppe der malignen Tumorerkrankungen zuzurechnen sind, kaum von „benignen“, also „gutartigen“ Schmerzen gesprochen werden kann, hat sich zunehmend der Gebrauch der Umschreibung „nicht-maligner“ chronischer Schmerzen durchgesetzt. Mit Blick auf eine Reihe von chronischen Erkrankungen, die mit andauernden oder intervallmäßig wiederkehrenden Schmerzen verbunden sind, entbehrt denn auch der Begriff „nicht-maligne“ Schmerzen nicht eines gewissen Euphemismus. So stellt sich die Frage, was an chronischen Schmerzen aufgrund von fortschreitenden Erkrankungen wie rheumatisch bedingter Arthritis nicht maligne ist. An deutlichsten wird das Beschönigende der Umschreibung bei Schmerzen aufgrund von koronaren Herzerkrankungen, die immerhin eine der häufigsten Todesursachen in den westlichen Industriestaaten bilden. Bonica geht hier mit seiner Kritik noch weiter, wenn er konstatiert: „the term ‘chronic benign pain’ and other terms that contain the adjective ‘benigne’ ... are inappropriate because chronic pain is never benign“ (Bonica 1990, 180, zit. n. Baune 1998, 13).

Analogien zum Konzept der „malignen-chronischen“ Schmerzen drängen sich auch mit Blick auf die mit HIV/Aids verbundenen Schmerzen auf. Auch wenn diese nicht in einer Manifestation der Aids-Erkrankung in Form von malignen Neubildungen, wie dem Kaposi Sarkom begründet sind, besitzt Schmerz hier gleichermaßen den von Aulbert (1997, 505) für Tumorschmerz beschriebenen doppelten Symbolcharakter, gemahnen sie doch immer auch an das Fortbestehen oder gar an das Fortschreiten der Immunschwäche, an das Versagen der symptomatischen und das Fehlen einer kausalen Therapie. Sie können für die Betroffenen damit - akut oder chronisch - Symbol der existentiellen Bedrohung durch eine progrediente Erkrankung sein.

⁸ Rimer et al. (1992) verweisen hier auf durch Knochenmetastasen verursachte Schmerzen, denen von den Betroffenen teilweise eine zentrale Warn- und Schutzfunktion beigemessen wird, die sie trotz massiver Schmerzzustände unter Umständen vom Rückgriff auf eine effektive Schmerztherapie abhält, da sie befürchten, bei Schmerzfreiheit keine Anhaltspunkte mehr für das „erlaubte“ Maß an Mobilität und für Bewegungsabläufe zu haben und sich dadurch der Gefahr von Spontanfrakturen auszusetzen.

2.2.3 Schmerzklassifikationen nach pathogenetischen Aspekten

Vorliegende medizinische Taxonomien folgen in der Regel einer Differenzierung nach der organischen Schmerzquelle oder ihnen zugrunde liegender pathogenetischer Prozesse (Neundöfer 1994). Eine übliche, und mit Blick auf den therapeutischen Zugang bewährte Grobklassifikation unterscheidet zwischen drei Grundtypen des Schmerzes mit Blick auf den pathophysiologischen Entstehungsort: dem Nozizeptorschmerz, dem viszeralen und dem neuropathischen Schmerz. Ergänzend werden in vorliegenden Klassifikationssystemen projizierte Schmerzen, Übertragungsschmerz, Hyperalgesie, Hyp(o)algesie und Phantomschmerz als bedeutsame spezielle Schmerzformen betrachtet (Mühlig 1997, 23ff). Die Schmerzarten werden mit Blick auf die ihnen zugrunde liegenden pathogenetischen Ursachen wie folgt beschrieben:

- *Nozizeptive Schmerzen* (sog. Oberflächenschmerzen oder „dolor locatus“) entstehen lokal durch direkte Nervenreizungen infolge von Verletzungs- oder entzündungsbedingten Gewebeerregungen oder einer Gewebeschädigung, sie sind in erster Linie mit der Haut assoziiert und treten beispielsweise bei traumatischen Verletzungen, rheumatischen Erkrankungen und Tumorerkrankungen auf.
- *Viszerale oder somatische Schmerzen* (sog. Tiefenschmerzen) sind mit der Schädigung tieferliegender Gewebestrukturen (Skelettmuskulatur, Knochen, Gelenke, Sehnen), von inneren Organen im Brust-, Bauch- und Beckenraum (Eingeweideschmerz) assoziiert. Die Zuordnung von Schmerzen im Kopfbereich ist nicht einheitlich, sie werden in einzelnen Klassifikationen den viszeralen Schmerzen, in anderen Klassifikationssystemen dem Nozizeptorschmerz zugeordnet. Gemeinsames Merkmal viszeraler Schmerzen ist, dass sie aufgrund der im Vergleich zur Haut in tiefer liegenden Gewebestrukturen geringeren Anzahl von Nozizeptoren und der damit verbundenen, geringer ausgeprägten zentralen Repräsentanz (nur 2,5 Prozent aller Afferenzen) als dumpf, tief und schlechter lokalisierbar empfunden werden. Zusätzlich besteht hier das Phänomen der Projektion viszeraler (Organ-)Schmerzen im Bauch und Brustraum auf andere Körperregionen, das heißt, sie werden empfindungsmäßig an einer anderen Stelle lokalisiert als am „eigentlichen“ Entstehungsort. Dies ist darin begründet, dass die inneren Organen aufgrund von spezifischen Nervenverschaltungen im Rückenmark mit typischen Hautarealen (sog. Head'sche Zonen) assoziiert sind. So sind beispielsweise Herzerkrankungen häufig mit Schmerzempfindungen im linken Arm und Pankreaserkrankungen mit Schmerzen im Bereich der Lendenwirbelsäule verbunden.
- *Neuropathische, neurogene, neuralgische Schmerzen und Deafferenzierungsschmerzen* treten infolge von Nervenschädigungen oder Funktionsstörungen im Bereich peripherer Nerven oder des zentralen Nervensystems auf (z.B. infolge von Neuralgien, Nervenkompression, metabolischer Schädigung oder Virusinfektion des Nervensystems). Klassisches Beispiel sind Schmerzen infolge eines Bandscheibenvorfalles, z.B. der sog. Ischiasschmerz im Bereich der Lendenwirbelsäule. Zentrale bzw. sog. Thalamusschmerzen treten nach Läsionen des zentralen Nervensystems auf, z.B. kontralateral zur Lokalisation der Läsion im Gehirn auftretende Schmerzen nach Apoplexie, meist im Bereich einer Extremität.

Als spezielle Formen chronischer Schmerzen werden - wie oben bereits angemerkt - projizierte Schmerzen, Übertragungsschmerz, Hyperalgesie,

Hyp(o)algesie und Phantomschmerz betrachtet. Die ihnen zugrunde liegenden Schmerzphänomene werden in der Literatur (vgl. z.B. Neundorfer 1994, Mühlig 1997) wie folgt beschrieben:

- *Projizierte Schmerzen* sind Schmerzempfindungen, die zusätzlich an einer anderer Stelle als dort, wo der noxische Reiz auftritt, wahrgenommen werden. Es handelt sich um eine Projektion des sensorischen Impulses in dem Versorgungsgebiet des betroffenen Nervs, zum Beispiel das Auftreten von Schmerzempfindungen im Bein beim Bandscheibenvorfall, also im Versorgungsgebiet des durch den Bandscheibenvorfall gereizten Spinalnervs. So sind bei einer chronischen Nervenschädigung pseudoakute oder attackenweise auftretende chronische Projektionsschmerzen in den Versorgungsbereichen des betroffenen Nervens möglich (Neuralgien).
- *Übertragungsschmerz* ist die Wahrnehmung nozizeptiver Reize an inneren Organen nicht nur am Entstehungsort, sondern auch in weit entfernten Regionen der Hautoberfläche (Dermatomen) als Schmerzen oder Berührungsempfindlichkeit (Hyperaesthesie). Es sind, wie oben bereits erwähnt, jeweils Dermatome (sog. Head'sche Zonen) betroffen, deren Afferenzen aus dem gleichen Rückenmarksegment wie das betroffene Organ versorgt werden, zum Beispiel die Hautfläche des linken Oberarms bei Herzbeschwerden, wie Angina pectoris:

„Der Übertragungsschmerz beruht darauf, daß die Schmerzafferenzen des geschädigten Organs mit den gleichen Spinalneuronen assoziiert sind wie die betroffenen Hautareale (2:1 Verschaltung) oder die viszerale und kutane Afferenzen im gleichen Rückenmarksegment konvergieren (2:2 Verschaltung in unmittelbarer Nachbarschaft). Bei Weiterleitung der afferenten Impulse zum Gehirn interferieren die beiden Kanäle, so daß der Ursprung des nozizeptiven Reizes von den zentralen Verarbeitungsstrukturen fehllokalisiert wird. Da im somatosensorischen System die Oberflächensensibilität gegenüber der viszerale Sensorik dominiert (vielfache Inervationsdichte mit Mechanorezeptoren auf der Haut), werden die Schmerznachrichten kognitiv eher der Haut als dem gestörten inneren Organ zugeordnet. Entsprechend resultiert die Berührungsempfindlichkeit der Hautzonen aus einer Sensibilisierung des gemeinsamen Interneurons aufgrund des verstärkten Impulsstromes viszerale Reize (Organschmerz)“ (Mühlig 1997, 23).

- *Hyperalgesie* kann durch Hautschädigung oder organismische Belastung (zum Beispiel eine Infektion) ausgelöst werden. Ihr liegt vermutlich eine durch die Ausschüttung algetischer Substanzen verursachte *Senkung der Schmerzschwelle* für Berührungsreize zugrunde, durch die normalerweise schmerzlose Reize zu unangenehmen bis schmerzhaften Empfindungen führen (z.B. hyperalgetische Reaktionen bei beeinträchtigter Allgemeinbefindlichkeit bei Tumorerkrankungen infolge der Primärerkrankung, sekundärer Infektionen und unerwünschter pharmakologischer Effekte der Chemotherapie).
- *Schmerzschwellenerhöhung (Hyp(o)algesie)* bzw. Schmerzunempfindlichkeit können als Folge von Funktionsstörungen der Hautsensorik auftreten (z.B. reduziertes Schmerzempfinden bei Diabetesneuropathien), eine angeborene Analgesie aufgrund zentralnervöser Störungen oder fehlender Komponenten des nozizeptorischen Leitungssystems ist eher selten.

- Entkopplung von Schmerzempfinden und objektiver noxischer Stimulation nach schweren Gewebeschädigungen, besonders der *Phantomschmerz* nach Verlust einer Extremität, bei dem die Schmerzsensation offensichtlich zentral, d.h. unabhängig von einem afferenten Impulsstrom aus der Peripherie entsteht. Nach heutigen Erkenntnissen der Forschung liegt ihnen eine Reorganisation des primären somatosensorischen Kortex und eine Kortikalisierung des Schmerzes nach der Läsion zugrunde, in deren Folge Schmerzsensationen durch ein kortikales „Schmerzgedächtnis“ auch ohne peripheren Input verursacht werden können.

2.2.4 Differenzierungskriterien von Schmerz bei chronisch-letalen Erkrankungen

In Untersuchungen zur Schmerzprävalenz bei schweren, progredient verlaufenden Erkrankungen, insbesondere Tumorerkrankungen (Bonica, 1990, Ward et al. 1993) und Aids (Breitbart 1998, Breitbart 1996, Hewitt et al. 1997) hat sich die Differenzierung nach dem Bezug der Schmerzen zur Erkrankung als hilfreich erwiesen. Konkret wird unterschieden zwischen

- direkt durch die Erkrankung bedingte oder spezifische mit der Erkrankung assoziierte Schmerzen bzw. durch Folgeerkrankungen bedingte Schmerzen,
- iatrogenen, d.h. durch krankheitsbezogene Interventionen im Rahmen von Diagnostik und Therapie induzierte Schmerzen und
- nicht in der „dominanten“ Erkrankung selbst und speziellen, darauf bezogenen Interventionen begründete Schmerzen.

So unterstreichen auch Wiedemann und Funke (1998), dass es „den“ Krebschmerz an sich nicht gibt. Zwar leiden Tumorpatienten am häufigsten an direkt mit der Tumorerkrankung verbundenen Schmerzen, aber auch bei Tumorschmerzen im engeren Sinn ist mit Blick auf die Schmerzkontrolle eine Differenzierung nach pathogenetischen Gesichtspunkten angezeigt, so zwischen viszeralem und neuropathischem Schmerz.

2.3 Schmerztaxonomien und Klassifikationssysteme

Eine effektive Therapie chronischer Schmerzen setzt ein eingehendes Schmerzassessment und Verlaufskontrollen einschließlich einer adäquaten Dokumentation voraus. Die Sichtung der Literatur legt den Schluss nahe, dass die Komplexität des Phänomens „Schmerz“, wie sie in neueren Schmerzkonzepten herausgearbeitet wurde, in den gängigen organ- bzw. krankheitsbezogenen medizinischen Klassifikationssystemen (z.B. Scholz/Gerber 1999, 330) ebenso wie in den gebräuchlichen und zumeist funktionsbezogenen Klassifikationssystemen von Pflegephänomenen untergeht, und dadurch begünstigt in der Versorgungspraxis oftmals aus dem Blickfeld der professionellen Akteure gerät.

Herkömmliche medizinische Klassifikationssysteme für die Zuordnung von Diagnosen orientieren sich primär an organ- und krankheitsbezogenen Differenzierungen, in denen Schmerz vorrangig ein Symptomcharakter zugeschrieben und als Begleitphänomen von traumatischen oder in

degenerativen Prozessen begründeten Organläsionen erfasst wird. Entsprechende in der medizinischen Praxis gebräuchliche Klassifikationssysteme - so auch die inzwischen in der 10. Version vorliegende „International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death“ (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (vgl. DIMDI 1995) - werden daher den Anforderungen, die an eine dezidierte Erfassung und Dokumentation chronischer Schmerzen in der schmerztherapeutischen Praxis zu stellen sind, nur unzureichend gerecht (Hildebrandt/Pfingsten 1993, Hoffmann 1993, Klinger et. al. 1997).⁹

Auch die zumeist funktionsbezogenen Differenzierungen von Pflegephänomenen folgenden Taxonomien und Dokumentationssysteme blenden Schmerz weitgehend aus. In der Kategorisierung der Pflegephänomene nach dem Modell der Aktivitäten des alltäglichen Lebens (Roper et al. 1987), auf das sich die Ende der achtziger Jahre erarbeiteten Curricula, wie das Hessische Curriculum für Kinder-/Krankenpflege (s. DBfK 1990/1991) und gängige Pflegedokumentationssysteme zumeist beziehen, wird Schmerz einzig unter der Kategorie "Kommunikation" gefasst. Anforderungen des Schmerzmanagements in der Pflege berühren jedoch nicht allein Probleme der Kommunikation, sondern vor allem auch die Pflegephänomene (Symptom-)Wahrnehmung und Mobilität. In dem erweiterten Konzept der Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) taucht Schmerz einzig als Subkategorie der die „Existenz bedrohenden Erfahrungen“ unter der Kategorie "Mit existentiellen Erfahrungen des Lebens umgehen" auf (s. Krohwinkel 1993, 22ff). Höhmann et al. (1996, 119) plädieren mit Blick auf die Pflegeprozessdokumentation dafür, Schmerz als „übergreifendes“ (Pflege-)Phänomen zu betrachten und entsprechend in der Informationssammlung und Verlaufsdokumentation separat zu erfassen.

In neueren Taxonomien zur Beschreibung und Erfassung von Pflegephänomenen und Interventionen, wie die unter der Regie des International Councils of Nursing (ICN) konzipierte „International Classification for Nursing Practice“ (ICNP) und die von der North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) entwickelten Pflegediagnosen und Maßnahmen (Doenges/Moorhouse 1997), wird Schmerz als pflegerelevantes Phänomen zumindest berücksichtigt. Angesichts des bisher eher rudimentären Entwicklungsstandes pflegerischer Taxonomien und Klassifikationssysteme sollen zunächst die gängigen medizinischen Diagnoseschlüssel und die von medizinischen und psychologischen Schmerzexpertinnen und -experten erarbeiteten speziellen Klassifikationssysteme zur Erfassung und Beschreibung von chronischen Schmerzphänomenen vorgestellt werden.

2.3.1 Medizinische Klassifikationssysteme

Der derzeit allgemein verbindliche Diagnoseschlüssel für die klinische Praxis ist die „International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death“ (ICD) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, s. DIMDI 1995). Zwar ist das offizielle und mittlerweile auch im deutschen Gesundheitssystem obligatorische Klassifikationssystem der WHO insgesamt betrachtet das wohl

⁹ Dies gilt, wenn auch unter anderen Vorzeichen, gleichermaßen für das in der Psychiatrie zur Diagnoseverschlüsselung angewandte „Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen“ (DSM III-R, bzw. DSM-IV, s. Köhler/Saß 1984).

umfassendste Beschreibungssystem medizinischer Diagnosen. Für die Klassifikation chronischer Schmerzsyndrome ist es aber nur begrenzt aussagefähig. Neben der ICD besitzen vorrangig vier weitere Klassifikationssysteme für die Schmerztherapie praktische Relevanz, das Diagnostische und statistische Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R/ DMS-IV, s. Köhler/Saß 1984), die Klassifikation der „International Association of the Study of Pain“ (IASP 1986), die Kopfschmerzklassifikation der „International Headache Society“ (Olesen 1988) und die Multiaxiale Schmerzklassifikation (MASK-S-P, s. Maier/Hildebrand 1990, Klinger et al. 1992).¹⁰

Wie auch Hildebrandt und Pflingsten (1993) hervorheben, sollte eine ideale Nomenklatur in der Schmerztherapie die Erfassung der folgenden sieben Schmerz Aspekte berücksichtigen: die zeitliche Dauer, die Lokalisation, das betroffene System (z.B. Nerven-, muskuloskelettales System), die betroffene Struktur, den Schweregrad der körperliche Veränderung und das Ausmaß psychosozialer Beeinträchtigung, was fast ausschließlich für das MASK zu trifft:

„Alle zur Zeit vorliegenden medizinischen Klassifikationen erfüllen diese Bedingungen nicht vollständig. Bei Schmerzsyndromen ist es darüber hinaus nicht möglich, die Klassifikation anderer Fachgebiete zu übernehmen, da hier der Schmerz die lebensbestimmende Krankheit ist. Insuffizient ist ein Diagnoseschlüssel, der lediglich ein Grundleiden mit dem Zusatz 'Schmerz durch' kombiniert“ (Hildebrandt/Pflingsten 1993, 77, s.a. Scholz/Gerber 1999, Klinger et al. 1997).

Die folgende Darstellung beschränkt sich auf die Skizzierung der krankheitsübergreifend angelegten Klassifikationschemata. Eine Beschreibung der in Übersichtsdarstellungen verschiedentlich hervorgehobenen Kopfschmerzklassifikation der International Headache Society (IHS) findet sich u.a. bei Olesen (1988).

Klassifikation von Schmerzen in der International Classification of Diseases, Injuries and Causes of Death (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Die inzwischen in der 10. revidierten Version vorliegende Internationale Klassifikation von Krankheiten der WHO ist zwar insgesamt betrachtet wohl umfassendste Klassifikationsschema für die Codierung medizinischer Diagnosen (s. DIMDI 1995). Für die schmerztherapeutische Praxis ergeben sich jedoch aus der zugrundegelegten Gliederung einer organsystembezogenen Differenzierung nach medizinischen Fachgebieten Probleme. Dass sich mit der Algesiologie eine, bezogen auf die klassische medizinische Fachgebietenunterteilung übergreifende Disziplin etabliert hat, findet in der ICD bisher keine Entsprechung (Hildebrandt/Pflingsten 1993, 77f). In der Schmerztherapie stellt sich daher das Problem, dass relevante Diagnosen für die Zuordnung von chronischen Schmerzsyndromen über die fachgebietenbezogenen Hauptkapitel (17 in der IDC-9, 21 in der ICD-10) mit mehr als 250 Krankheits- und Codierungsschlüsseln verteilt sind:

¹⁰ Ergänzend verweist Hoffmann (1993, 179) auf das vergleichsweise elaborierte Klassifikationssystem von Beyeler et al. (1991), das psychodynamische und psychosoziale Faktoren gleichermaßen berücksichtigt und als Erweiterung des IASP-Modells betrachtet werden kann, jedoch offenbar kaum rezipiert wurde.

„Es wird nicht von einem standardisierten Ordnungsschema für Schmerzen ausgegangen, sondern es werden unterschiedliche Bezugssysteme (auslösende Ursache, Art der Krankheit, Körpersystem, Symptom vs. Krankheit) zugrundegelegt“ (Klinger et al. 1997, 379f).

Die Möglichkeit einer differenzierten Zuordnung unterschiedlicher Schmerzsyndrome unter das Leitsymptom Schmerz besteht nicht (Hoffmann 1993, 176). Auch Hildebrandt und Pfingsten (1993) sehen das grundlegende Problem im Fehlen einer systematischen Zuordnungsmöglichkeit zu spezifischen, schmerzbezogenen Krankheitsbildern:

„Schmerz taucht hier lediglich unsystematisch und unvollständig als Symptom in unterschiedlichen Krankheitsbildern auf. (...) Viele der mit Schmerzen verbundenen Krankheiten sind unzureichend beschrieben. Eine Berücksichtigung psychosozialer Anteile (...) findet nicht statt“ (Hildebrandt/Pfingsten 1993, 77).

So sind beispielsweise die Diagnosen „somatischer“ Rückenschmerzen dem Hauptkapitel „Erkrankungen des Muskel-Skelett-Systems“ und Spannungskopfschmerzen einschließlich von medikamenteninduziertem Kopfschmerz dem Hauptkapitel „Erkrankungen des Nervensystems“ zugeordnet, während Analgetikamißbrauch im psychiatrischen Diagnoseteil unter der Kategorie „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen“ zu finden ist. Auch ist der Informationswert globaler Kategorien, wie die Zusammenfassung von anhaltenden und episodalen Kopfschmerzen unter der bereits genannten Kategorie „Spannungskopfschmerz,“ die keine Anhaltspunkte für die bei chronischen Schmerzsyndromen relevante Frage der Verlaufsform beinhalten, selbst für epidemiologische Zwecke fragwürdig.

Analog zur ICD-9 besteht in der ICD-10 ferner die Möglichkeit der Klassifizierung nach psychovegetativen Störungen (somatoforme Funktionsstörung) und deren Differenzierung nach den jeweils betroffenen Organ-systemen im psychiatrisch-psychosomatischen Teil des Diagnoseschlüssels. Neben der dort aufgeführten „hysterischen Neurose“ (Kategorie F44: Dissoziative Störung bzw. Konversionsstörung) ist die Kategorie F45.0 „somatoforme Störungen“ für die Schmerzklassifikation von Bedeutung (s. Tabelle 2.0). Das Konzept der somatoformen Störung wird in der IDC-10 wie folgt gefasst:

„Charakteristikum ist die wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen, trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, daß die Symptome nicht körperlich begründbar sind. Sind aber irgendwelche (Befunde) vorhanden, dann erklären sie nicht Art und Ausmaß der Symptome und das Leiden (...) des Patienten“ (zit. n. Hoffmann 1993, 176).

Die unter dieser Kategorie subsumierte „anhaltende somatoforme Schmerzstörung“, worunter beispielsweise auch „psychogene“ Rückenschmerzen subsumiert werden, wird wie folgt definiert:

„Die vorherrschende Beschwerde ist ein andauernder, schwerer und quälender Schmerz, der durch einen physiologischen Prozeß oder eine körperliche Störung nicht vollständig erklärt werden kann. Er tritt in Verbindung mit emotionalen Konflikten oder psychosozialen Problemen auf. Diese sollten schwerwiegend genug sein, um als entscheidende ursächliche Einflüsse zu gelten. Die Folge ist gewöhnlich eine beträchtliche persönliche oder medizinische Betreuung oder Zuwendung“ (zit n. Hoffmann 1993, 176).

Tabelle 2.0: ICD-10 Kodierung „somatoformer Störungen“

ICD-10 Code	Dimension
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2	Hypochondrische Störung
F45.3	Somatoforme autonome Störung
45.30	Kardiovaskuläres System
45.31	Oberer Gastrointestinal Trakt
45.32	Unterer Gastrointestinal Trakt
45.33	Respiratorisches System
45.34	Urogenital System
F45.4	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung

Quelle: Hoffmann (1993,176)

Prinzipiell besteht in der ICD-10 somit die Möglichkeit der Zuordnung chronischer Schmerzsyndrome im somatischen Teil unter den vorgegebenen, allerdings zumeist körpersystembezogenen Kategorien oder die Zuordnung im psychiatrisch-psychosomatischen Teil des Kodierungsschema, das neben der organischen auch „psychogene“ Schmerzursachen in Betracht zieht. Bei chronischen Schmerzsyndromen ist die Trennung zwischen psychogenen und somatischen Krankheitsbildern jedoch äusserst fragwürdig. Klinger et al. (1997, 380f) geben denn auch zu bedenken, dass mit chronischen Schmerzen assoziierte psychosoziale Beeinträchtigungen in der Regel nicht die Kriterien psychiatrischer Erkrankungen erfüllen und eine entsprechende Zuordnung als falsch-positive Diagnose zu werten ist. Die Schwierigkeit einer angemessenen Beschreibung und Zuordnung chronischer Schmerzsyndrome anhand der ICD-10 werden von den Autoren eindrücklich am Beispiel chronischer Rückenschmerzen dargelegt, bei denen das Zusammenspiel von somatischen und psychischen Faktoren im Prozess der Chronifizierung besonders deutlich wird.

Klassifikation chronischer Schmerzen der International Association for the Study of Pain (IASP)

Einen ersten Versuch zur Erarbeitung einer tragfähigen Schmerzsystematik bildet die von einer Arbeitsgruppe der International Association of the Study of Pain vorgelegte Klassifikation chronischer Schmerzen (IASP 1986). In ihr werden phänomenologisch 300 Schmerzsyndrome multiaxial erfasst. Für die Dokumentation chronischer Schmerzen ist das folgende Ordnungsschema vorgegeben (Hildebrand/Pfingsten 1993, 78):

1. Definition/Beschreibung des Schmerzbildes,
2. Schmerzoptik (betroffene Körperregion),
3. betroffenes System (z.B. peripheres oder zentrales Nervensystem)
4. Hapterscheinungsform (z.B. Auftreten des Schmerzes, Schmerzqualität, –intensität und -dauer),
5. Begleitsymptome,

6. Laborbefunde,
7. üblicher Verlauf,
8. Komplikationen,
9. soziale und körperliche Behinderung,
10. pathologischer Befund,
11. Zusammenfassung der Hauptbefunde und diagnostischen Kriterien,
12. Differentialdiagnostik.
13. Ferner sind fünf Dimensionen zur Beschreibung des Schmerzgeschehens vorgesehen: (1) die Lokalisation, (2) die betroffenen Funktionsbereiche, (3) die zeitlichen Charakteristika (4) die Schmerzintensität und –dauer, sowie (5) die Ätiologie der Schmerzen (s. Tabelle 2.1).

Tabelle 2.1: IASP-Klassifikation zur Erfassung chronischer Schmerzen

Code	Achse 1: die Lokalisation/Schmerzregion
000	Kopf, Gesicht und Mund
100	Hals und Nacken
200	Schulter und obere Extremitäten
300	Thorakaler Bereich
400	Abdomen
500	Kreuz, Lendenwirbelsäule, Kreuzbein, Steißbein
600	Untere Extremitäten
700	Beckenbereich
800	Anal-, Perianal-, Genitalbereich
900	Mehr als drei Hauptschmerzgebiete
Code	Achse 2: Betroffener Funktionsbereich/schmerzverursachendes System
00	Nervensystem (zentral, peripher, autonom) und Sinne
10	Psyche (psych. Störung ohne nachweisbare organische Ursache)
20	Respiratorisches System
30	Muskuloskelettales System und Bindegewebe
40	Haut, Unterhaut und assoziierte Drüsen
50	Gastrointestinales System
60	Urogenitalsystem
70	Andere Organe oder Organsysteme (z.B. lymphatisches System, Blut)
80	Mehr als ein System
Code	Achse 3: spezifische zeitliche Charakteristika des Schmerzes: Erscheinungsbild
0	Nicht erfasst, nicht anwendbar oder unbekannt
1	Einzelepisode begrenzter Dauer
2	Ununterbrochen oder fast ununterbrochen, ohne Schwankungen
3	Ununterbrochen oder fast ununterbrochen, wechselnde Schmerzstärke
4	Unregelmäßige Wiederkehr
5	Regelmäßige Wiederkehr
6	Anfallsartig
7	Anhaltend mit überlagerten Anfällen
8	Andere Kombination
9	Keiner der Kombinationen

Quelle: Hoffmann (1993, 177)

Tabelle 2.1: IASP-Klassifikation (Fortsetzung)

Code	Achse 4: Intensität und Beschwerdebeginn/Dauer (Patientenangaben)	
.0	Nicht erfasst, nicht anwendbar oder unbekannt	
.1	Leichte Schmerzen seit	- 1 Monat oder weniger
.2		- 1 bis 6 Monate
.3		- mehr als 6 Monate
.4	Mäßige Schmerzen seit	- 1 Monat oder weniger
.5		- 1 bis 6 Monate
.6		- mehr als 6 Monate
.7	Starke Schmerzen seit	- 1 Monat oder weniger
.8		- 1 bis 6 Monate
.9		- mehr als 6 Monate

Code	Achse 5: die Ätiologie der Schmerzen.	
.00	Genetische oder angeborene Störung	
.01	Traumata, Operationen, Verbrennungen	
.02	Infektionen, Parasiten	
.03	Entzündungen unbekannter Genese	
.04	Neoplastische Ursachen	
.05	Vergiftungen, Stoffwechselstörungen, Strahlenschäden	
.06	Mechanische Degeneration	
.07	Dysfunktion (einschl. psychosomatischer Dysfunktion)	
.08	Unbekannt oder andere Ätiologie	
.09	Psychische Genese (ohne nachweisbare organische Ursache)	

Quelle: Hoffmann (1993, 177)

Mit der Einbeziehung zeitlicher Merkmale und Schmerzintensität ermöglicht die IASP-Klassifikation gegenüber der ICD-10 eine relativ differenzierte Beschreibung zentraler Dimensionen der Chronifizierung von Schmerz. Allerdings werden auch hier psychosoziale Aspekte des Schmerzgeschehens ausschließlich im Kontext psychiatrischer Störungsbilder erfasst. Psychische Störungen ohne nachweisbare organische Ursache sind als Subkategorie der „Funktionsbereiche“ aufgeführt. Und unter der Kategorie „Ätiologie“ tauchen die Subkategorien „Dysfunktion“ (incl. psychosomatische Dysfunktion) und „psychische Genese“ (ohne nachweisbare organische Ursache) auf. Auch die IASP-Klassifikation wird damit dem multidimensionalen Ansatz systemischer Schmerzkonzepte nicht ausreichend gerecht (Hoffmann 1993, 177, Klinger et al. 1997). Nach Hildebrand und Pflingsten (1993, 78) ist die vorgegebene Nomenklatur von Schmerzsyndromen besonders mit Blick auf muskuloskelettale Schmerzsyndrome unvollständig, da keine ausreichende Zuordnungsmöglichkeit für „schmerzassoziierte“ Gesundheitsbeeinträchtigungen besteht.

Das Multiaxiale Schmerzklassifikationsschema (MASK-S-P) der Deutschen Gesellschaft zur Studium des Schmerzes (DGSS)

Anknüpfend an die IASP-Klassifikation wurde von der Arbeitsgruppe „Integrative Schmerzklassifikation“ des Arbeitskreises „Psychologische Schmerzbehandlung“ der DGSS ein „Multiaxiales Schmerzklassifikationsschema“ (MASK) entwickelt, das eine angemessene Erfassung psychosozialer Bedingungsfaktoren chronischer Schmerzsyndrome erlaubt. Es besteht aus

zwei für die Codierung der Diagnose integrativ anzuwendenden Teilen, dem somatischen (MASK-S) und dem psychosozialen Teil (MASK-P):

- *Der somatische Teil (MASK-S)* dient der Kodierung körperlicher Aspekte der Schmerzproblematik (Maier/Hildebrandt 1990). Er umfasst neben einem differenzierten Kataolg von Schmerzdiagnosen (möglich ist eine in fünf Ziffern abgestufte Codierung) einen Achsenteil zur Codierung weiterer schmerzrelevanter Informationen. Vergleichbar mit dem IASP-Schema werden Schmerzdimensionen differenziert nach Lokalisation, Ausbreitungsgrad, zeitlichen Merkmalen des Schmerzes (Dauer, Frequenz), Intensität des Schmerzes, betroffenem Funktionsbereich und ätiologischen Faktoren erfasst.
- *Der psychosoziale Teil (MASK-P)* ermöglicht die Abbildung psychosozialer Aspekte der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen und ihrer psychosozialen Folgewirkungen (Klinger et al. 1992). Vorgesehen ist die Erfassung von schmerzassoziierten, motorisch-verhaltensbezogenen, emotionalen und kognitiven Faktoren des Schmerzgeschehens, von soziopsychosomatischen Belastungssituationen in unterschiedlichen Lebensbereichen und von habitualisierten persönlichen Merkmalen. Als Zusatzkategorie können funktionale Zusammenhänge der Schmerzaufrechterhaltung festhalten werden. Ferner besteht die Möglichkeit ergänzender Diagnoseangaben nach der DSM bzw. ICD-Klassifikation (s. Tabelle 2.2).

Tabelle 2.2: Multiaxiale Schmerzklassifikation-Psychosoziale Dimension (MASK-P)

Die ersten 5 Ebenen sind jeweils 3mal kodierbar. Damit können maximal 16 Stellen bezeichnet werden.

Motorik	Emotion	Kognition	Stressoren	Person	DSM/ID	Funk.Zush.
1. Achse: Motorisch –verhaltensmäßige Ebene						
0 keine Verhaltensauffälligkeiten vom Untersucher identifizierbar						
1 ausgeprägtes non-verbales Schmerzverhalten						
2 ausgeprägtes verbales Schmerzverhalten						
3 Diskrepanz zwischen verbalem und non-verbalem Schmerzverhalten						
4 ausgeprägte Vermeidung körperlicher Aktivitäten						
5 ausgeprägte Vermeidung sozialer Aktivitäten						
6 ausgeprägtes Durchhaltenverhalten						
9 Pat. sieht kein auffälliges Schmerzverhalten						
2. Achse: Emotionale Ebene						
0 keine auffällige emotionale Beeinträchtigung identifizierbar						
1 traurig-niedergeschlagene Stimmung						
2 ärgerlich-gereizte Stimmung						
3 ängstliche Stimmung						
4 innere Unruhe						
5 Stimmungslabilität						
6 eingeschränktes emotionales Erleben						
7 mangelnder Emotionsausdruck						
9 Pat. sieht keine emotionale Beeinträchtigung						

Quelle: Klinger et al. (1992, 221)

Tabelle 2.3: MASK-P - Fortsetzung

3. Achse: Kognitive Ebene

- 0 keine kognitiven Verhaltensauffälligkeiten identifizierbar
 - 1 Hilflosigkeit
 - 2 Resignation/Hoffnungslosigkeit
 - 3 Katastrophieren
 - 4 mangelhafte Wahrnehmung von körperlichen Vorgängen
 - 5 ausgeprägte Bagatellisierung von körperlichen Vorgängen
 - 6 ausgeprägte Selbstaufmerksamkeit für körperliche Vorgänge
 - 7 ausgeprägtes somatisches Krankheitsmodell
 - 8 ausgeprägter Durchhalte-Appell
 - 9 Pat. sieht keine kognitiven Beeinträchtigungen
-

4. Achse: Stressoren

- 0 keine Auffälligkeiten auf dieser Ebene identifizierbar
 - 1 physikalische Belastungen am Arbeitsplatz
 - 2 psycho-soziale Belastungen am Arbeitsplatz
 - 3 unklarer beruflicher Status
 - 4 finanzielle Probleme
 - 5 Probleme im Familien- und/oder Freundeskreis
 - 6 Ehe-/Partnerschaftsprobleme
 - 7 Belastungen durch zusätzliche gesundheitliche Probleme
 - 8 Belastungen im Freizeitbereich
 - 9 Pat. sieht keine Beeinträchtigungen durch Stressoren
-

5. Achse: Habituelle Persönlichkeitsmerkmale

- 0 keine Auffälligkeiten auf dieser Ebene identifizierbar
 - 1 Selbstüberforderung/exzessiver Leistungsanspruch
 - 2 mangelnde soziale Kompetenz
 - 3 Selbstwertdefizite
 - 4 starre Norm-/Wertvorstellungen (Rigidität)
 - 5 mangelnde Selbstreflexion
 - 9 Pat. sieht keine Beeinträchtigungen durch personenbezogene Merkmale
-

Z1: Funktionale Zusammenhänge

- 0 Aufrechterhaltung der Schmerzen durch psychosoziale Auffälligkeiten nicht sicher identifizierbar
 - 1 vorwiegende Aufrechterhaltung der Schmerzen durch operante Konditionierungsmechanismen
 - 2 vorwiegende Aufrechterhaltung der Schmerzen durch respondenten Konditionierungsmechanismen
 - 3 vorwiegende Aufrechterhaltung der Schmerzen durch physikalische Stressoren
 - 4 vorwiegende Aufrechterhaltung der Schmerzen durch psycho-soziale Stressoren
 - 5 vorwiegende Aufrechterhaltung der Schmerzen durch eine maladaptive Schmerzbewältigung
 - 6 vorwiegende Aufrechterhaltung der Schmerzen durch Kombination mehrerer psychosozialer Auffälligkeiten
 - 9 Pat. sieht keine kognitiven Beeinträchtigungen
-

Z2: Diagnose auf ICD-9/10 bzw. DSM-III-R-Basis

- 0 keine Diagnose auf o.g. Basis gerechtfertigt
 - 1 zusätzliche ICD-/DSM-III-R- Diagnose erforderlich
-

Quelle: Klinger et al. (1992, 221)

Auf der Grundlage der Erfassung und Zuordnung von schmerzbezogenen psychischen Beeinträchtigungen, der die Schmerzbewältigung fördernden und hemmenden personenspezifischen Merkmale, das Schmerzgeschehen beeinflussenden Stressoren und sozialen Bedingungsfaktoren ermöglicht das Beschreibungssystem in Verbindung mit dem somatischen Teil die Bereitstellung differenzierter Informationen für eine angemessene Indikationsstellung und Therapieplanung in der interdisziplinären Schmerztherapie. Der Informationsgehalt der auf der Basis dieses Diagnoseschlüssels codierten Daten erscheint sowohl für Therapie- wie auch für Forschungszwecke zweckmäßiger, zumal der Bezug zu ICD-/DSMR-Diagnosen Angaben zu schmerzassoziierten und unabhängig vom Schmerzsyndrom bestehenden Gesundheitsbeeinträchtigungen erlaubt, die für die Bestimmung des jeweils optimalen schmerztherapeutischen Zugangs und die Therapieevaluation bei chronischen Schmerzen grundlegend sind. So ist chronischen Schmerzsyndromen zumeist eine gezielte Kombinationsbehandlung medizinisch-pharmakologischer Maßnahmen (Anästhesie, Analgesie, Sedierung etc.), von ergänzenden, körperbezogenen therapeutischen Interventionen (z.B. Physiotherapie, besonders Bewegungstherapie) und von psychologischen, insbesondere verhaltenstherapeutischen Maßnahmen (kognitiv-behaviorale Schmerzmanagementtechniken, Veränderung der Kontextbedingungen etc.) angezeigt. Die Indikationsstellung sollte stets unter Berücksichtigung des realistischen Therapieziels (Prävention, Heilung oder Linderung) erfolgen und die unterschiedlichen Ebenen der Schmerzentstehung, Aufrechterhaltung und Verstärkung berücksichtigen. Es geht somit um die Auswahl und Zusammenführung der für das spezifische Beschwerdebild und die individuelle Problemkonstellation adäquaten Interventionen. Dies setzt eine entsprechend differenzierte Informationssammlung voraus. Für die Ermittlung der unterschiedlichen soziopsychosomatischen Dimensionen des Schmerzgeschehens wurden insbesondere von der Psychologie eine Reihe von standardisierten Verfahren entwickelt. Eine Beschreibung ausgewählter erprobter psychosozialer Messinstrumente findet sich im Anhang.

2.3.2 Schmerz in Taxonomien zur Erfassung von Pflegephänomenen

In den im angloamerikanischen Raum entwickelten Klassifikationssystemen zur Beschreibung von Pflegediagnosen bzw. von Pflegephänomenen und -interventionen taucht „Schmerz“ immerhin als eigenständige Kategorie auf. Die folgende Darstellung beschränkt sich auf die Zuordnung des Phänomens „Schmerz“ als pflegerelevantes Problem, den zugrunde liegenden Schmerzbegriff und das schmerzbezogene Klassifikationsschema.

"International Classification for Nursing Practice" (ICNP)¹¹

Im der unter der Regie des International Council of Nurses (ICN) entwickelten "International Classification for Nursing Practice" (ICNP) wird Schmerz unter der Rubrik Empfindungen im Kontext der übergeordneten Kategorie der „den Gesundheitsstatus auf der psychologischen Ebene

¹¹ Die ICNP liegt inzwischen in einer überarbeiteten Beta-Version und als deutschsprachige Fassung vor, befindet sich aber insgesamt noch im Erprobungsstadium. Sie ist auf der Homepage des ICN abrufbar (<http://www.icn.ch/icnpupdate.htm>). Die folgende Darstellung bezieht sich auf die Alpha-Version. Eine Übersicht zur Grundstruktur beider Versionen und weiterführende Literaturhinweise bieten Nielsen (2000) und König (2000).

beeinflussenden Phänomene“ erfasst (ICNP Teil A, 1.1.1.1.2).¹² Unterschieden wird hier zwischen Akut- und chronischem Schmerz. Das Pflegephänomen Empfindungen, dem der Schmerz zugeordnet wird, bezieht sich auf psychologische Funktionen, die definiert werden als „Antworten auf Reize von Körperteilen/Körperregionen“. Neben dem Phänomen „Schmerz“ werden hierunter „Pflegephänomene“, wie „Durst“, „Hunger“, „Appetitlosigkeit“, „Übelkeit“, „Jucken“, „Hitzewallung“ und „verändertes Sehvermögen“ ebenso wie „verändertes Verhalten“ subsumiert (s. ICNP Teil A, 1.1.1.1.2.1).

„Schmerzen“ werden zunächst allgemein definiert als Empfindungen, die sich durch eine „Zunahme sensorischer Stimulation in Teilen des Körpers mit potentieller oder aktueller Gewebeschädigung“ auszeichnen und begleitet sind „vom subjektiven Empfinden ernsthaften Unbehagens und Leidens“ (ICNP Teil A, 1.1.1.1.2.1.1). Differenziert wird zwischen akutem Schmerz und Wehen als Sonderform des Akutschmerzes (definiert als „Kontraktionschmerz während der Geburt des Kindes“) und chronischem Schmerz.

Akutschmerz wird hier begrifflich gefasst als Schmerz, der sich durch die folgenden Merkmale auszeichnet: „Reaktionen erreichen schnell einen (selbstbegrenzten) Wendepunkt und sind verursacht von einem gleichzeitigen, schädlichen Reiz in Verbindung mit Gewebszerstörung und begleitet von automatischen Reizen.“ (ICNP Teil A, 1.1.1.1.2.1.1.1).

Die Kategorie chronischer Schmerz bezieht sich auf „Schmerz mit den besonderen Merkmalen: Reaktionen sind langandauernd und erreichen langsam einen Wendepunkt, nicht verursacht durch einen gleichzeitigen, schädlichen Reiz in Verbindung mit Gewebeerstörung und nicht begleitet von automatischen Reaktionen.“ Desweiteren wird differenziert zwischen wiederkehrenden, zeitlich unterbrochen andauernden Schmerzen und zeitlich andauernden Schmerzen. (ICNP Teil A, 1.1.1.1.2.1.1.3).

Trotz des psychologischen Bezugs der Zuordnung des (Pflege)Phänomens „Schmerz“ bleiben die Definitionen damit jedoch weitgehend einem somato-sensorischen Schmerzverständnis verhaftet. Eine differenziertere Schmerzerfassung, die gerade mit Blick auf chronische Schmerzen Rückschlüsse auf begünstigende Faktoren der Aufrechterhaltung und für auf die Situation der Betroffenen hin zugeschnittene Interventionen zulässt, ist im Kategorienschema des ICNP nicht vorgesehen.

¹² Der ICNP differenziert zwischen funktionsbezogenen und auf der psychologischen Ebene angesiedelten Pflegephänomenen, die allgemein definiert werden als „den Gesundheitsstatus beeinflussende Faktoren, die von Pflegenden diagnostiziert werden.“ Unter funktionsbezogenen Pflegephänomenen werden hier „besondere, normale oder ursprüngliche unwillkürliche Prozesse in jedem Bereich der individuellen Aufrechterhaltung und der optimalen Weiterentwicklung des Lebens“ verstanden (z.B. Atmung, Herz-/Kreislauhfunktion, Ernährung, Regeneration). Die unter der Kategorie „Psychologische Funktionen“ zusammengefassten Phänomene beziehen sich auf „Funktionen, die spezielle, normale oder ursprüngliche unwillkürliche Prozesse von jeglichem Teil des Verstandes/Geistes, die das Leben in optimaler Weise aufrechterhalten und verstärken.“ Darunter subsumiert werden Empfindungen, Hörvermögen, Fühlen, Schmecken, Riechen, Bewegungsempfinden sowie Bewusstsein und Somnolenz.

Klassifikation von Pflegediagnosen und Maßnahmen der North American Nursing Diagnosis Association“ (NANDA)¹³

Auch in dem von der „North American Nursing Diagnosis Association“ (NANDA) entwickelten Kompendium „Pflegediagnosen und Maßnahmen“ sind Schmerzen und chronischer Schmerz als eigenständige Kategorien aufgeführt. „Schmerzen“ werden hier allgemein definiert als „Zustand, bei dem ein Mensch starke Beschwerden oder ein unangenehmes Gefühl erlebt/darüber berichtet“ und dem verletzende Einflüsse durch biologische, chemische, physikalische und/oder psychische Faktoren zugrunde liegen können (Doenges/Moorhouse 1997, 312). Die NANDA-Definition geht damit deutlich über den der ICNP zugrunde liegenden Schmerz begriff hinaus. Die im Weiteren aufgeführten, schmerzbezogenen „prioritären“ Pflegeinterventionen reflektieren ein multidimensionales Schmerzverständnis. Sie werden in der folgenden Rangfolge aufgeführt:

1. Pflegepriorität: Ermittlung ursächlicher bzw. Schmerz begünstigender Faktoren;
2. Pflegepriorität: Ermittlung von Schmerzreaktionen;
3. Pflegepriorität: Unterstützung der Betroffenen bei der Erprobung schmerzlindernder/kontrollierender Verfahren, der Kommunikation von Schmerz und nicht-pharmazeutische Verfahren des Schmerzmanagement und
4. Pflegepriorität: Förderung des Wohlbefindens (Doenges/Moorhouse 1997, 312ff).¹⁴

Als spezielle Kategorie werden „chronische Schmerzen“ analog zur „zeitlichen“ Grenzziehung in der IASP-Definition als „Zustand, bei dem ein Mensch seit mehr als sechs aufeinanderfolgenden Monaten Schmerzen verspürt“ umschrieben. Als mögliche Ursache wird auf physische und psychosoziale Faktoren verwiesen. Wie mit Blick auf die allgemeine Kategorie „Schmerzen“, werden bei chronischen Schmerzen zunächst die Ermittlung ursächlicher oder begünstigender Faktoren und von Schmerzreaktionen als prioritäre Pflegemaßnahmen genannt. Neben gezielten Maßnahmen zur Förderung des Wohlbefindens, die die Beratung und Anleitung in der Anwendung von Verfahren kognitiv-behavioraler und physikalischer Maßnahmen der Schmerzkontrolle/-linderung implizieren, wird bei chronischem Schmerz das Augenmerk auch explizit auf die Unterstützung der Betroffenen beim Umgang mit den Schmerzen gelegt (Doenges/Moorhouse 1997, 317ff).¹⁴

¹³ Eine Übersicht über die Entwicklung und Konzeption des Klassifikationssystems für Pflegediagnosen und Maßnahmen der NANDA bietet Warren (1999).

¹⁴ Ergänzend sei hier angemerkt, dass McCaffery et al. (1997, 58) besonders bei chronischen Schmerzzuständen im Rahmen der Pflegeanamnese und Verlaufskontrolle - je nach Problemlage - die Berücksichtigung der folgenden in dem Kompendium der NANDA aufgeführten Pflegediagnosen empfehlen: „Angst“, „Obstipation“, „ineffektives individuelles Bewältigungsverhalten“, „Beschäftigungsdefizit“, „Erschöpfung“, „Furcht“, „Wissensdefizite in bestimmten Bereichen“, „beeinträchtigte körperliche Mobilität“, „Machtlosigkeit“ sowie „Selbstversorgungsdefizite“ in den Bereichen: „Essen“, „Körperpflege/Baden“, „Kleiden/Pflegen der äußeren Erscheinung“ und „Ausscheidung“, „sexuelle Fehlfunktionen“, „Schlafstörung“, „soziale Isolation“, „seelische Verfassung“ und „veränderter Denkprozess“.

3. Behandlungsbedarf und Anforderungen an die Schmerztherapie

Ausgehend von epidemiologischen Studien zur Prävalenz chronischer Schmerzen werden im folgenden Abschnitt Aspekte des Bedarfs an einer speziellen Schmerztherapie dargelegt. Vorauszuschicken ist, dass mit Blick auf die hier im Zentrum des Interesses stehenden schmerztherapeutischen Versorgungsbedarfe von Menschen mit progredienten Erkrankungen forschungsmäßig wie auch hinsichtlich konkreter Initiativen zur Verbesserung der Schmerztherapie eine Konzentration auf die Problemlagen von Menschen im fortgeschrittenen Stadium von Tumorerkrankungen zu konstatieren ist. In einem Exkurs werden daher exemplarisch Behandlungsbedarf und -prinzipien sowie Barrieren, die vielfach einer adäquaten (Tumor-)Schmerztherapie entgegenstehen, umrissen.

3.1 Schmerzepidemiologische Befunde

Schätzungen zum schmerztherapeutischen Versorgungsbedarf basieren auf Anhaltswerten, die auf der Grundlage bevölkerungsbezogener Studien zur (Gesamt-)Prävalenz chronischer Schmerzen gewonnen wurden. Die Vergleichbarkeit der Befunde vorliegender epidemiologischer Studien ist allerdings begrenzt (Verhaak et al. 1998). Neben unterschiedlichen Erhebungsmethoden (postalische oder Telefonumfragen, bevölkerungsbezogene Studien oder Erhebungen unter Patientinnen und Patienten im Bereich der Primärversorgung) ist dies u.a. in unterschiedlichen Altersgrenzen der jeweils einbezogenen „erwachsenen“ Bevölkerung und in der zugrundegelegten Definition chronischer Schmerzen begründet.¹⁵ Trotz der Variation der ermittelten Schmerzprävalenzen erlauben die Studienergebnisse jedoch Trendaussagen, die für eine grobe Schätzung des schmerztherapeutischen Versorgungsbedarfs herangezogen werden können.

3.1.1 Befunde ausgewählter epidemiologischer Studien

Fundierte epidemiologische Untersuchungen zur Prävalenz von chronischen Schmerzen liegen aus dem nordamerikanischen Raum, aus Großbritannien und Skandinavien vor (als Überblick vgl. Kohlmann/Raspe 1992, Zimmermann 1994, Kröner-Herwig 1999c, 15ff, Schumacher/Brähler 1999, Willweber-Strumpf et al. 2000). Entsprechend breit angelegte bevölkerungsbezogene Studien, die auch eine Analyse von Bedingungsfaktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung von Schmerzen und ihrer Folgewirkungen

¹⁵ Verhaak et al. (1998) konstatieren in ihrer Analyse vorliegender Studien zur Häufigkeit nicht-maligner chronischer Schmerzen mit 2 bis 40 Prozent eine erhebliche Varianz der ermittelten Prävalenzen. Weder die Erhebungsmethode (Telefon-Survey, postalische Befragung, Befragung von Patientinnen und Patienten in Arztpraxen) noch Unterschiede in der zugrundegelegten Definition der Chronizität (>1 Monat, > 3 Monate oder > 6 Monate) können die Variation der Prävalenzangaben hinreichend erklären. Eine relativ hohe Übereinstimmung weisen die von den Autoren analysierten Studien allerdings bezüglich der für die Entwicklung chronischer Schmerzen besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe auf: Es handelt sich zumeist um Frauen im mittleren Alter mit niedrigem sozioökonomischem Status. Als häufigste Schmerzsyndrome kristallisierten sich jeweils Rückenschmerzen, Nacken- und Schulterschmerzen heraus. Übereinstimmung zeichnete sich ferner dahingehend ab, dass chronische Schmerzen vielfach begleitet werden von psychosozialen Beeinträchtigungen, insbesondere von Depression (Verhaak et al. 1998, 234ff).

zulassen, wurden unter der bundesdeutschen Bevölkerung in dieser Form bisher nicht durchgeführt, obgleich die unzureichende Datenlage von Zimmermann und Seemann (1986) bereits Mitte der achtziger Jahre in einem Gutachten zur Schmerzversorgung bemängelt und Schmerzepidemiologie 1987 in dem vom BMFT ausgeschriebenen Förderschwerpunkt „Chronischer Schmerz“ explizit als förderungswürdig hervorgehoben wurde (Zimmermann 1994, 2). Angaben zum schmerztherapeutischen Versorgungsbedarf in der Bundesrepublik beruhen daher vorrangig auf Schätzungen, die sich an in Schweden und in den USA ermittelten Prävalenzen behandlungsbedürftiger chronischer Schmerzen orientieren (Zimmermann 1994, DGSS 1998). Fünf, in der Literatur zumeist herangezogene Studien aus den USA und Schweden sollen im Folgenden kurz umrissen werden (vgl. z.B. Kröner-Herwig 1999c, 15ff, Kohlmann/Raspe 1992, Zimmermann 1994).

Befunde zur Schmerzprävalenz im „National Health and Nutrition Survey“ (USA)

Bei dem als Panelstudie angelegten „National Health and Nutrition Survey“ des United State Centers for Health Statistics handelt es sich um eine repräsentative Umfrage unter einer Stichprobe der US-amerikanischen Bevölkerung von 3.000 Personen im Alter von 25 bis 74 Jahren. Dabei wurden Anfang der siebziger Jahre muskuloskelettale Schmerzen von einer Mindestdauer von einem Monat im vorangegangenen Jahr ermittelt. 14,4 Prozent der Befragten bekundeten, an entsprechenden chronischen Schmerzen des Stütz- und Bewegungsapparates zu leiden, wobei der Anteil unter der weiblichen Bevölkerung höher lag. Über acht Prozent der Befragten waren länger als 30 Tage aufgrund der Schmerzen arbeitsunfähig. In einer nach acht Jahren durchgeführten zweiten Erhebungswelle zeichnete sich ein deutlich höherer Anteil an schmerzbelasteten Personen ab, darunter zwei Drittel der Befragten, die zum ersten Messzeitpunkt Schmerzen angegeben hatten (Magni et al. 1990, 1993, s.a. Kröner-Herwig 1999c, 15ff, Verhaak et al. 1998).

„Nuprin-Report“ (USA) zur Häufigkeit und zu Bedingungsfaktoren chronischer Schmerzsyndrome

Der „Nuprin-Report“ basiert auf einer repräsentativen bundesweiten Telefonumfrage, die 1985 unter 1.254 Erwachsenen im Alter von 18 bis 75 Jahren in den USA durchgeführt wurde. In der Studie wurde eine Definition von Chronizität als Schmerzbelastung an mindestens 100 Tagen im zurückliegenden Jahr zugrundegelegt. 10 Prozent der Befragten litten demnach an chronischen Gelenkschmerzen, 9 Prozent an Rückenschmerzen, jeweils 5 Prozent an Kopfschmerzen und an Muskelschmerzen, sowie 3 Prozent an Bauchschmerzen. Von der Schmerzlokalisierung unabhängige Aussagen zur Gesamtprävalenz chronischer Schmerzen wurden allerdings auch in dieser Studie nicht erhoben. Tendenziell zeichnete sich analog zu den Befunden der zuerst genannten Studie jeweils eine höhere Schmerzprävalenz unter der weiblichen Bevölkerung ab. Ein eindeutiger Zusammenhang zwischen der ermittelten Belastung durch chronischen Schmerz und der Art der (Erwerbs-)Tätigkeit sowie der Schichtzugehörigkeit konnte nicht festgestellt werden, wohl aber zwischen Schmerzbelastung und genereller Belastung bzw. Beanspruchung der Betroffenen (Taylor/Curran 1985, Sternbach 1986, vgl. Verhaak et al. 1998, 238).

Problemdimensionen chronischer Schmerzen am Beispiel der Mitglieder einer Health Maintenance Organization (HMO) in Seattle (USA)

Von Korff et al. (1988, 1993) führten in den USA 1986 eine breit angelegte Schmerzstudie unter einer stratifizierten Stichprobe von fast 1.000 Personen in der Region Seattle im Alter ab 18 Jahren durch. Nach den Befunden ihrer vorrangig postalischen Befragung litten lediglich 36 Prozent der Befragten nicht an Schmerzen. Schwere dauerhafte Schmerzen an mehr als der Hälfte der Tage in einem Sechsmonatszeitraum mit der Folge von Arbeitsunfähigkeit gaben rund 4,5 Prozent der Befragten an, d.h. hier wurde im Vergleich zu den beiden bereits genannten Studien eine deutlich engere Definition chronischer Schmerzen zugrundegelegt. Die Heranziehung der Ergebnisse als Schätzgrundlage der Schmerzprävalenz unter der Allgemeinbevölkerung würde, wie Kröner-Herwig (1999c) hervorhebt, eher eine Unterschätzung zur Folge haben. Zudem sind die Ergebnisse nur bedingt übertragbar, da es sich bei der untersuchten Bevölkerungsgruppe um Mitglieder einer Health Maintenance Organization (HMO) handelte, die zwar in den demographischen Eckdaten mit anderen Bevölkerungsgruppen vergleichbar war, jedoch gegenüber dem Bevölkerungsdurchschnitt einen höheren Bildungsgrad und eine geringere Arbeitslosenrate aufwies.

Ergebnisse einer schwedischen Studie zur Schmerzprävalenz und zum schmerztherapeutischen Behandlungsbedarf

Ende der achtziger Jahre wurde eine repräsentative Studie von Brattberg et al. (1989) unter der erwachsenen Bevölkerung einer ausgewählten schwedischen Region im Alter von 18 bis 84 Jahren durchgeführt. Erfasst wurden im Rahmen der postalischen Befragung 827 Personen. Als eindeutige chronische Schmerzen („obvious pain“) wurden über einen Zeitraum von über sechs Monaten anhaltende oder wiederholt auftretende Schmerzen definiert, die im Befragungsinstrument als eine „in steifen Muskeln nach ungewohntem Training (Muskelkater)“ vergleichbare Empfindung, verbunden mit einer „ziemlich hohen Beeinträchtigung“, umschrieben wurden. Nach der Selbstauskunft der Befragten waren hiervon nahezu zwei Fünftel der Stichprobe (39,9 Prozent) betroffen. Als häufigste chronische Schmerzen kristallisierten sich Rückenschmerzen heraus. Unter Berücksichtigung der Schwere der Schmerzbelastung und dadurch bedingter psychosozialer Funktionsbeeinträchtigungen ermittelte Brattberg (1990) auf dieser Datengrundlage Anhaltswerte zur Schätzung des schmerztherapeutischen Behandlungsbedarfs unter der Bevölkerung, wobei bei Dauerschmerz („obvious pain“) generell ein Behandlungsbedarf vorausgesetzt wurde. Nach den diesbezüglichen Berechnungen ist bei 10,7 Prozent der von chronischen Schmerzen betroffenen Menschen ein eindeutiger schmerztherapeutischer Behandlungsbedarf anzunehmen. Er war in der vorliegenden Stichprobe in der Altersgruppe der 45- bis 64jährigen Personen am höchsten ausgeprägt.

Befunde eine Studie zur Prävalenz chronischer Schmerzen und soziodemographischen Einflussfaktoren unter der Bevölkerung in zwei schwedischen Regionen

Eine weitere, repräsentative Schmerzprävalenzstudie führten Anderson et al. (1993) in zwei schwedischen Regionen durch. Es handelt sich um eine postalische Befragung in der 1988 eine Stichprobe von rund 1.800 Personen

im Alter von 25 bis 73 Jahren erfasst wurde. Insgesamt bekundeten 55,2 Prozent der Befragten, an über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhaltenden oder wiederkehrenden chronischen Schmerzen zu leiden. Etwa 12,8 Prozent der Befragten wiesen gar eine Schmerzdauer von sechs Monaten und mehr auf, wobei die höchste Prävalenz unter Industriearbeitern („blue collar workers“) und die geringste Schmerzprävalenz unter der Gruppe der Angestellten („white collar workers“) bestand. Im Unterschied zu den zuerst genannten Studien wurden keine deutlichen geschlechtsspezifischen Unterschiede festgestellt. Bezogen auf das Alter der Befragten zeichnete sich ab dem fünften Lebensjahrzehnt eine sinkende Schmerzprävalenz ab.

3.1.2 Anhaltspunkte zur Schmerzprävalenz unter der deutschen Bevölkerung

Auch wenn entsprechend breit angelegte, systematische Studien zur Schmerzepidemiologie unter der bundesdeutschen Bevölkerung bislang in dieser Form nicht durchgeführt wurden, so lassen die vorliegenden Forschungsbefunde im Ansatz vergleichbare Tendaussagen erkennen. Hierzu gehören beispielsweise die Lübecker Schmerzstudie (Kohlmann 1991), die Ermittlung der Schmerzprävalenz unter ausgewählten Patientenpopulationen in der Primärversorgung (Willweber-Strumpf et al. 2000), Befunde aus Querschnittsdaten zur Gesundheitsbeeinträchtigung unter der Bevölkerung (Schumacher/Brähler 1999) und Ergebnisse des Bundesgesundheitsveys 1998, in dem Schmerz u.a. als Indikator gesundheitsbezogener Lebensqualität ermittelt wurde (vgl. Ellert/Bellach 1999, Radoschewski/ Bellach 1999, RKI 2000).¹⁶ Sie sollen hier kurz referiert werden.

Befunde der Lübecker Schmerzstudie

Kohlmann und Raspe führten 1989 eine Befragung unter einer Stichprobe der Lübecker Bevölkerung (n=385) im Alter von 26 bis 75 Jahren zur Schmerzprävalenz durch (Kohlmann 1991). Erfasst wurde die Häufigkeit von unterschiedlichen Schmerzbeschwerden, jedoch nicht explizit die Gesamtprävalenz chronischer Schmerzen. Insgesamt gaben 8,2 Prozent der Befragten Tätigkeitseinschränkungen aufgrund von Schmerzen an. Mit Blick auf die Schmerzlokalisierung zeichnete sich die höchste Punktprävalenz (Schmerz am Tag der Befragung) mit 29 Prozent für Rückenschmerzen ab, gefolgt von Schmerzen im Schulter- und Nackenbereich (16 bzw. 21 Prozent) und in den Extremitäten (Schmerzen in den Armen 16 Prozent; Schmerzen in den Beinen 29 Prozent). Neun Prozent der Befragten litten am Erhebungstag unter Kopfschmerzen und 5 Prozent an Gesichtsschmerzen. Auch bei den Angaben zur Halbjahresprävalenz dominierten Rückenschmerzen mit 56 Prozent, gefolgt von Nacken- und Schulterschmerzen (41 bzw. 39 Prozent).

¹⁶ Bei dem Survey handelt es sich um eine repräsentative Befragung unter der erwachsenen Bevölkerung im Bundesgebiet. Die zuletzt 1998 durchgeführten Erhebung umfasst eine Stichprobe von 7.124 Personen. Gesundheitsbezogene Lebensqualität wurde 1998 auf der Grundlage des SF-36-Health Surveys Fragebogens ermittelt, in dem über zwei Items Schmerzen, bzw. deren Stärke und die Beeinträchtigung durch Schmerz erfasst werden (s. Bullinger et al. 1995, Bullinger 2000). Ferner wurde in der Erhebung von 1998 u.a. die Verbreitung von „körperlichem“ Schmerz unterschiedlicher Lokalisation ermittelt (RKI 2000).

Chronische Schmerzen unter Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung am Beispiel ausgewählter Arztpraxen in Bochum

Willweber-Strumpf et al. (2000) ermittelten die Schmerzprävalenz unter einer ausgewählten Patientenpopulation im Bereich der Primärversorgung. Von den in diesem Rahmen befragten 900 Patientinnen und Patienten aus fünf Arztpraxen unterschiedlicher Fachrichtungen in Bochum litten 36,4 Prozent der Befragten (n=328) an chronischen Schmerzen, hier definiert als Schmerzen, die länger als sechs Monate andauern oder rezidivierend über diesen Zeitraum hinaus auftraten. Hinsichtlich der Lokalisation erwiesen sich wiederum Rückenschmerzen als dominantes Schmerzsyndrom unter den von chronischen Schmerzen betroffenen Patientinnen und Patienten (n=175), gefolgt von Kopf-/Gesichtschmerzen (n=98) und Gelenkschmerzen (n=92), sowie von Schmerzen in den Beinen, die von knapp einem Viertel der an chronischen Schmerzen leidenden Patientinnen und Patienten (n=77) angegeben wurden.

Anhaltspunkte zur Entwicklung der Schmerzprävalenz aus Querschnittstudien zum gesundheitlichen Befinden unter der bundesdeutschen Bevölkerung

Ergänzend sei hier auf die von Schumacher und Brähler (1999) veröffentlichten Querschnittsdaten zur Schmerzprävalenz von 1975 und 1994 verwiesen. Sie wurden in zwei unabhängig voneinander durchgeführten, repräsentativen Erhebungen unter der Bevölkerung in den alten und neuen Bundesländern auf der Grundlage des Gießener Beschwerdebogens (GGB) erhoben. Erfasst wurde in beiden Studien jeweils eine repräsentative Stichprobe der bundesdeutschen Bevölkerung im Alter von 18 bis 60 Jahren (1975 n=1.575; 1994 n=2.148). Allerdings wurde auch hier nicht die Gesamtprävalenz chronischer Schmerzen ermittelt.¹⁷ Die auf der Grundlage des GGB ermittelte Prävalenz ausgewählter Schmerzzustände variierte in Abhängigkeit von der Schmerzlokalisierung zwischen 32,4 Prozent (Magenschmerzen 1975) und 67,3 Prozent (Kopfschmerzen 1994). Gegenüber 1975 zeichnete sich 1994 insbesondere eine Zunahme der Häufigkeit von Nacken-, Kopf- und Gliederschmerzen ab, wobei allerdings zugleich ein Rückgang der Bekundung von „stärkeren“ Schmerzen zu verzeichnen war. Mit Blick auf die ermittelten soziodemographischen Merkmale waren vorrangig alters- und geschlechtsspezifische Unterschiede erkennbar. Deutlich wurde eine Zunahme von Glieder-, Rücken- und Nackenschmerzen mit zunehmendem Alter und eine häufigere Nennung von Schmerzen unter der weiblichen Bevölkerung, insbesondere von Nacken- und Kopfschmerzen. Bemerkenswert ist, dass die Ausprägung der in Übereinstimmung mit anderen Studien zur Schmerzprävalenz konstatierten Geschlechtsabhängigkeit 1994 gegenüber 1975 insgesamt eine rückläufige Tendenz aufwies. Festgestellt wurden ferner Unterschiede in der Ausprägung der Schmerzprävalenz zwischen der Bevölkerung in den neuen und alten Bundesländern, sowie bezogen auf den Familienstand, Bildungsgrad und Erwerbsstatus.

¹⁷ Der Giessener Beschwerdebogen (GSS) umfasst 57, in der Kurzform 24 Items zu unterschiedlichen körperlichen Beschwerden. Acht Items beziehen sich auf Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation. Gefragt wird nach dem Vorhandensein, bzw. dem Ausmaß von (1) Gelenk- und (2) Gliederschmerzen, (3) Kreuz- und (4) Rückenschmerzen, (5) Nacken- und (6) Schulterschmerzen, (7) Kopfschmerzen und (8) Magenschmerzen.

Schumacher und Brähler (1999) kommen auf der Grundlage ihres Vergleichs zu dem Schluss, dass Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation auch unter der deutschen Bevölkerung ein ernstes Problem darstellen: Sie schränken jedoch ein, dass die jeweils ermittelte Schmerzprävalenz im hohen Maße von soziodemographischen Variablen, von der Schmerzlokalisierung und von den verwendeten Schweregradeinteilungen abhängig ist, und differentielle Aspekte in künftigen schmerzepidemiologischen Studien eine ausreichende Berücksichtigung finden sollten. Ferner drängt sich die Frage auf, inwieweit sich im tendenziellen Rückgang geschlechtsspezifischer Unterschiede bei der Bekundung von Schmerzen und der dem allgemeinen Anstieg der Schmerznennungen entgegen stehende Rückgang von „stärkeren Schmerzen“ ein schmerzbezogener Einstellungswandel und ein Wandel geschlechtsspezifischer Sozialisationsmuster zum Ausdruck kommt, der es auch Männern heute eher „erlaubt“, Schmerzen zu bekunden.

Eine ähnliche Tendenz, wenn auch keine Nivellierung geschlechtsspezifischer Unterschiede in der Bekundung von Schmerzen, zeichnete sich im Vergleich der anhand des SF-36-Fragebogens zur Gesundheitszustand ermittelten Befunde des Bundesgesundheitsveys 1998 und einer repräsentativen Erhebung von 1994 ab: Während kaum Unterschiede in der subjektiven Einschätzung des allgemeinen Gesundheitszustandes bestanden, bekundeten Frauen wie Männer 1998 deutlich häufiger Schmerzen. Dieser Trend zeichnete sich gleichermaßen bezüglich der Einschätzung der „Vitalität“ sowie unter der weiblichen Bevölkerung auch hinsichtlich der „sozialen Funktionsfähigkeit“ und „emotionalen Rollenerfüllung“ ab (Ellert/Bellach 1999, 190).¹⁸

3.1.3 Schätzungen des Bedarfs an spezieller Schmerztherapie

Von Schmerzexpertinnen und -experten wird zumeist unter Bezugnahme auf die von Brattberg et al. (1989) ermittelten Schätzwerte davon ausgegangen, dass rund acht Prozent der Bevölkerung in der Bundesrepublik, d.h. 6,4 bis 8 Mio. Menschen an chronischen Schmerzen leiden (Kröner-Herwig 1999c, 16). Diese Schätzwerte werden im Ansatz durch jüngst veröffentlichte Ergebnisse des Bundes-Gesundheitsveys 1998 bestätigt, wonach rund 10 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung aktuell unter starken bis unerträglichen Schmerzen leiden (RKI 2000).¹⁹ Des weiteren wird angenommen, dass etwa 10 Prozent der Betroffenen, d. h. 650 000 bis 800 000 Menschen, mit chronischen Schmerzen einer speziellen, interdisziplinären Schmerztherapie bedürfen, wobei diese Schätzungen eher knapp bemessen sind. So ist

¹⁸ Die von Ellert und Bellach (1999) aufgeführten Vergleichsdaten beziehen sich auf eine repräsentative Stichprobe, die 1994 im Rahmen der Entwicklung der deutschen Version des SF-36 Health Surveys erhoben wurden (s. Bullinger 1996, 2000). Es handelt sich somit nicht um Paneldaten, sondern wie bei den von Schumacher und Brähler (1999) vorgelegten Daten um unabhängig voneinander erhobene Querschnittsdaten.

¹⁹ Neben den anhand des SF-36-Health Surveys erhobenen schmerzbezogenen Daten wurden im Bundesgesundheitsurvey von 1998 Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation (Jahres- und 7-Tagesprävalenz) sowie Angaben zur Intensität der stärksten Schmerzen ermittelt. Demzufolge leiden rund 10 Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung unter starken bis unerträglichen Schmerzen. In der diesbezüglichen Presseerklärung des RKI werden die nachweislichen Schmerzfolgen für die Lebensqualität besonders hervorgehoben: „Die Koppelung dieser Informationen mit den Angaben der Studienteilnehmer zu ihrer subjektiv eingeschätzten Lebensqualität weist mit einer kaum noch zu steigernden Deutlichkeit darauf hin, dass der Schmerz als Leitsymptom von Störungen der Gesundheit, unabhängig von Verursachung und Lokalisation alle Bereiche der physischen, psychischen und sozialen Befindlichkeit beeinträchtigt. Die Bedeutung von gezielter Schmerztherapie und frühzeitiger Prophylaxe wird hier nachhaltig unterstrichen“ (RKI 2000).

beispielsweise unter Zugrundelegung der Ergebnisse der oben skizzierten, schwedischen Studie von Brattberg et al. (1989) von einem Anteil von bis zu 11 Prozent der an chronischen Schmerzen leidenden Menschen mit einem speziellen Therapiebedarf auszugehen (Kröner-Herwig/Hoefert 1999, 7).

Hinzu kommen anzunehmende, altersbezogene Ungenauigkeiten der epidemiologischen Studien zur Schmerzprävalenz, da sich die Erhebungen auf die im eigenen Haushalt lebenden Menschen konzentrieren. Die in bevölkerungsbezogenen Studien ermittelte höchste Prävalenz in den mittleren Altersgruppen kann kaum als Beleg für einen generellen Rückgang der Häufigkeit chronischer Schmerzen unter (hoch-)betagten Menschen geltend gemacht werden (Ferrell 1995). Durch die Beschränkung der Erhebungen auf im eigenen Haushalt lebende Menschen bleiben schmerzbezogene Problemlagen der in stationären Pflegeeinrichtungen lebenden Menschen unberücksichtigt, wobei es sich zumeist um (hoch-)betagte und aufgrund von Funktionseinschränkungen auf Unterstützung bei der Alltagsbewältigung angewiesene Menschen handelt. Für diese Bevölkerungsgruppe gilt eine vergleichsweise hohe Prävalenz chronischer Schmerzen als unbestritten (Basler 1999). Die in verschiedenen Studien unter Heimbewohnerinnen und Heimbewohnern ermittelte Häufigkeit chronischer Schmerzen variiert zwischen 45 und 85 Prozent (s. Ferrell et al. 1990, 1995, Roy/Michael 1986). In der Anfang der neunziger Jahre in der Bundesrepublik durchgeführten Studie zu „Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter“ bekundeten etwa knapp zwei Drittel der in diesem Rahmen befragten, zumeist älteren Menschen (n=990), an Schmerzen zu leiden (Hofer et al. 1995, 359f). Als häufigste Ursachen für chronische Schmerzen im Alter werden in Übersichts-darstellungen jeweils Tumorerkrankungen und chronisch degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates, insbesondere Gelenkerkrankungen und Osteoporose, benannt (Basler 1999, 186, Ferrell 1995).

Bezogen auf die Schmerzlokalisierung kann zusammenfassend festgehalten werden, dass sich - wenn auch in unterschiedlicher Akzentuierung - als häufigste chronische Schmerzsyndrome muskuloskelettale Schmerzen (besonders Rücken- und Gelenkschmerzen) und Kopfschmerzsyndrome herauskristallisieren. Ein entsprechendes Bild zeichnete sich auch in einer auf Initiative der WHO in 15 ausgewählten städtischen Zentren der Primärversorgung durchgeführten internationalen Schmerzstudie ab (Gureje et al. 1998).²⁰ Chronische Schmerzen wurden hier definiert als Schmerzen von einer Dauer von mindestens sechs Monaten im zurückliegenden Jahr. Insgesamt wurde unter den in primärärztlicher Behandlung befindlichen Patientinnen und Patienten (n=5.438) eine Prävalenz chronischer Schmerzen von 21,5 Prozent ermittelt, allerdings mit einer Variationsbreite von 33 Prozent (Chile) bis 5,5 Prozent (Nigeria). In Übereinstimmung mit den oben dargelegten epidemiologischen Befunden dominierten insgesamt mit jeweils über 40 Prozent Rückenschmerzen (47,8 Prozent), Kopfschmerzen (45,2 Prozent) und Gelenkschmerzen (41,7 Prozent). Des weiteren litten rund ein Drittel der Patientinnen und Patienten an Schmerzen in den Extremitäten (34,3 Prozent), im Brustraum (28,9 Prozent) und im Bauchraum (24,9 Prozent).

²⁰ An dem bezogen auf den intendierten Kulturvergleich als explorativ einzustufenden internationalen Projekt beteiligten sich 15 jeweils im städtischen Raum gelegene Einrichtungen der Primärversorgung aus 14 Staaten, darunter mit Berlin und Mainz zwei Behandlungszentren in der Bundesrepublik (s. Gureje et al. 1998, 149).

Ferner zeichnete sich auch im internationalen Vergleich nahezu durchgängig - d.h. mit Ausnahme der nigerianischen Teilstudie - eine höhere Schmerzprävalenz unter den Patientinnen ab. Nach Kontrolle des Alters erwiesen sich die geschlechtsspezifischen Unterschiede allerdings nur unter der Patientenpopulation in neun der 15 Behandlungszentren statistisch als signifikant (Chile, Brasilien, Türkei, Frankreich, Niederlande, Wales, Italien, China, Griechenland). Neben den Patientinnen und Patienten der beteiligten Zentren in Nigeria, Japan, Indien und England, ließen sich auch unter der Patientenpopulation der beiden deutschen Behandlungszentren keine statistisch signifikanten, geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Prävalenz chronischer Schmerzen nachweisen.

Auch die vielfach beschriebene Interdependenz von chronischem Schmerz und psychischem Befinden, sowie deren Implikationen für die Lebensqualität der Betroffenen wurden in der internationalen Studie deutlich. Nach Kontrolle von Alter, Geschlecht und Einschätzung der Schwere der Erkrankung durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte wiesen Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen häufiger Angststörungen und Depressionen auf (33,7 vs. 10,1 Prozent), stuften ihren Gesundheitszustand häufiger „mittel bis schlecht“ ein (33,4 vs. 20,9 Prozent), waren nach eigenen Angaben häufiger an mehr als drei Tagen im vorangegangenen Monat in ihrem Aktivitätsniveau (41,2 vs. 26 Prozent) und nach den ärztlichen Angaben häufiger in der Ausübung ihrer (Erwerbs-)Tätigkeit beeinträchtigt (31,4 vs. 13 Prozent) als diejenigen Patientinnen und Patienten, die nicht von chronischen Schmerzen betroffen waren (Gureje et al. 1998, 150).

3.2. Exkurs: Schmerztherapeutischer Behandlungsbedarf und Probleme am Beispiel von „Tumorschmerz“

Nicht nur im Endstadium chronisch degenerativer oder progredienter Erkrankungen leiden die von ihnen betroffenen Menschen oftmals im hohen Maße an Symptombelastungen, darunter vielfach starke Schmerzen. Forschungsmäßig wie auch hinsichtlich konkreter Initiativen zur Verbesserung der Schmerztherapie ist allerdings eine Konzentration auf die schmerztherapeutischen Versorgungserfordernisse von Menschen im fortgeschrittenen Stadium von Tumorerkrankungen zu konstatieren. Auch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) lenkte in den letzten beiden Jahrzehnten das Augenmerk vor allem auf das Problem der im Prinzip vielfach effektiv behandelbaren, in der Versorgungspraxis aber dennoch oftmals nur unzureichend kontrollierten „Tumorschmerzen“. In den achtziger Jahren wurde eine weltweite Initiative zur Verbesserung der Tumorschmerztherapie eingeleitet (WHO 1986, 1990). Diese Entwicklung ist der insbesondere in den angloamerikanischen Staaten bereits in den siebziger Jahren relativ breiten und vorrangig von Laien getragenen Hospizbewegung geschuldet.

In der Konsequenz heißt die Konzentration auf Erfordernisse der Tumorschmerztherapie jedoch, dass andere mit erheblicher Schmerzbelastung und schmerzbedingten Funktionsbeeinträchtigungen einhergehende, weniger „spektakuläre“ Erkrankungen oftmals aus dem Blickfeld geraten. So haben seit Ende der achtziger Jahre allenfalls schmerztherapeutische Versorgungsdefizite der von Aids betroffenen Menschen eine im Ansatz vergleichbare Aufmerksamkeit erlangt (vgl. z.B. Breitbart 1998, 1999). Dieser Aspekt

reflektiert sich, sieht man von Rücken- und Kopfschmerzsyndromen und Schmerzen aufgrund von rheumatischen Erkrankungen einmal ab, auch in der Forschungslage. Allerdings lassen sich am Beispiel dieser beiden in ihrer Manifestation und im Symptombild jeweils heterogenen Krankheitsbilder grundlegende Anforderungen an die Schmerztherapie besonders deutlich herausarbeiten.

Angesichts der Forschungslage sollen daher die mit chronischen Schmerzen bei schweren Erkrankungen verbundenen Problemdimensionen und Anforderungen an die Schmerztherapie am Beispiel von „Tumorschmerz“ illustriert werden. Die Prinzipien der Tumorschmerztherapie sind in ihren Grundlinien auf die Schmerztherapie bei chronisch-degenerativen Erkrankungen übertragbar. Dies gilt gleichermaßen für die Barrieren, die in der Versorgungspraxis oftmals einer adäquaten Schmerzversorgung entgegenstehen und im englischsprachigen Raum auch seitens der Pflegeforschung als drängendes Problem aufgegriffen wurde. Die diesbezüglichen Erkenntnisse sollten auch von der Pflege im deutschsprachigen Raum reflektiert werden, zumal sie hierzulande im ambulanten Sektor zuvorderst Aufgaben im Rahmen der Versorgung von schwerkranken und pflegebedürftigen Menschen übernimmt, bzw. in deren Versorgung „eingebunden“ ist.

3.2.1. Schmerztherapeutischer Behandlungsbedarf

Hinsichtlich der Bedarfsabschätzung für eine spezielle Schmerztherapie bei progredienten Erkrankungen stellt sich wiederum das Problem des Fehlens von populationsbezogenen Daten über die Inzidenz und Prävalenz von (chronischen) Schmerzen. Auch die vorliegende Angaben zur Tumorschmerzprävalenz beziehen sich jeweils auf sog. Behandlungsprävalenzen (Potthoff et al. 1998, 1). Die in der Literatur auffindbaren Angaben weisen daher - je nach Zusammensetzung der zugrunde liegenden Patientenpopulation - erhebliche Schwankungen auf.

Die bei Tumorerkrankungen beschriebenen Schmerzsyndrome sind ebenso vielfältig wie die Manifestationsformen maligner Erkrankungen. Ferner sind hier, wie Bonica (1990) hervorhebt, neben tumorbedingten und tumorassoziierten Schmerzen, auch therapiebedingte und unabhängig von der Tumorerkrankung bestehende Schmerzen zu beachten. Nach den von Bonica (1990) zusammengefassten Daten unterschiedlicher Studien, auf die in Übersichtsdarstellungen vielfach Bezug genommen wird (vgl. z.B. Schele 1997, 229, Strumpf 1993, 429, Wiedemann/Funke 1998, 23), ist bei Tumorkranken von folgenden Schmerzprävalenzen auszugehen:

- 60 bis 90 Prozent der Tumorpatientinnen und -patienten leiden im Verlauf der Erkrankung an *tumorbedingten Schmerzen* (z.B. bei Knochen-, Weichteil- oder Nerveninfiltration, Tumornekrosen der Schleimhäute mit Ulzeration, Perforationen und Ödemen),
- bei etwa 15 bis 20 Prozent der Betroffenen treten *tumorassoziierte Schmerzen* auf (z.B. paraneoplastische und radikuläre Schmerzsyndrome und Schmerzen infolge von Herpes Zoster Infektionen),

- 10 bis 25 Prozent der Betroffenen sind von *therapiebedingten Schmerzen* betroffen (z.B. durch operativ bedingte Narben und Nervenstümpfe (Phantomschmerz) und Fibrosen, infolge von Nervenentzündungen nach Bestrahlung oder durch Chemotherapien bedingte Neuropathien,
- etwa 3 bis 10 Prozent der Tumorkranken berichten *tumorunabhängige Schmerzen*, wie chronische Kopfschmerzen (Migräne, Spannungskopfschmerz) oder chronische Schmerzen aufgrund von vorbestehenden degenerativen Erkrankungen (Bonica 1990).

So betonen auch Wiedemann und Funke (1998), dass es „den“ Tumorschmerz an sich nicht gibt. Zwar leiden von malignen Erkrankungen betroffene Menschen am häufigsten an mit der Erkrankung verbundenen Schmerzen, aber auch bei Tumorschmerzen im engeren Sinn ist eine Differenzierung nach pathogenetischen Aspekten angezeigt. Analog zu allgemeinen Schmerztypologien ist bei Tumorschmerz zu unterscheiden zwischen:

- *somatischen Nozizeptorschmerzen* aufgrund der Irritation von Nozizeptoren der Haut, Knochenhaut und im Weichteilgewebe, bedingt durch das Tumorwachstum oder begleitende Entzündungsreaktionen im betroffenen Gewebe;
- *viszerale Nozizeptorschmerzen* bei Tumorbefall von sympathisch innervierten Organen, durch Irritation der Nozizeptoren der inneren Organe oder durch Überdehnung oder Kontraktion glatter Muskulatur der Hohlorgane sowie
- *neuropatischen Schmerzen* bei Tumordinfiltration oder Kompression nervaler Strukturen (periphere Nerven, Plexus, Nervenwurzeln, Rückenmark) mit der Folge von somatosensorischen Funktionsstörungen (incl. möglicher neurologischer Ausfälle oder Reizerscheinungen), Deafferenzierungsschmerzen bei zentralen Läsionen, besonders bei Tumordinfiltration des Rückenmarks und Metastasen im Hirnstamm (s. Tabelle 3.0).

Unabdingbare Voraussetzung für eine gezielte Interventionen ist daher bei „Tumorschmerz“ eine eingehende differentialdiagnostische Abklärung. Wie auch aus der Übersicht von Schele 1997, 31ff) ersichtlicht wird, können die Angaben der Betroffenen zur Schmerzqualität bzw. zum Schmerzcharakter hierfür bereits zentrale Hinweise bieten (s. Tabelle 3.0).

Auch die von Grond et al. (1996) ermittelten Schmerzprävalenzen unter 2.266 Tumorkranken, die im Zeitraum von 1983 bis 1992 in einem Schmerzzentrum behandelt wurden, unterstreichen angesichts der Vielfalt der Schmerzsyndrome einmal mehr die Bedeutung eines eingehenden Schmerzassessments: 30 Prozent der Patientinnen und Patienten wiesen ein Schmerzsyndrom auf, 39 Prozent litten an zwei Schmerzsyndromen und 31 Prozent sogar an drei oder mehr Schmerzsyndromen. Mit 85 Prozent waren bei der Mehrzahl der Betroffenen die Schmerzen durch die Tumorerkrankung selbst bedingt, neun Prozent litten an tumorassoziierten Schmerzen, bei 17 Prozent der Betroffenen wurden therapiebedingte Schmerzen und bei 9 Prozent Schmerzen, deren Ätiologie nicht mit Tumorerkrankung oder -therapie in Verbindung stand, dokumentiert.

Tabelle 3.0: Tumorschmerzen in Abhängigkeit von pathophysiologischen Mechanismen

Pathophysiologischer Mechanismus	Betroffene Gewebestrukturen	Schmerzcharakter	Weitere Symptome
Erregung somatischer Nozizeptoren	<ul style="list-style-type: none"> – Haut – Bindegewebe – Periost – Skelettmuskeln – Sehnen – Faszien – parietale Pleura – parietales Peritoneum 	Belastungsabhängiger Dauerschmerz: <ul style="list-style-type: none"> – gut lokalisierbar – bohrend – stechend – beißend – ziehend – drückend 	
Erregung viszeraler Nozizeptoren und efferenter vegetativer Nervenfasern (oft auch Übertragungsschmerz)	Eingeweide im Brust-, Bauch- und Retroperitonealraum	<ul style="list-style-type: none"> – schlecht lokalisierbar – in die Tiefe gehend – dumpf – brennend – reißend – kolik-/krampfartig 	vegetative Symptome
Direkte Erregung nervaler Strukturen (neuro-pathische Schmerzen)	<ul style="list-style-type: none"> – periphere Nerven – Plexus, Nervenwurzeln – Rückenmark 	<ul style="list-style-type: none"> – meist nicht belastungsabhängig – ganz oder teilweise im Innervationsgebiet lokalisiert – triggerbarer Dauerschmerz und/oder paroxysmal einschließender Schmerz – stechend – kribbelnd – elektrisierend – brennend 	Neurologische Ausfälle und/oder Sensibilitätsstörungen, wie ²¹ : <ul style="list-style-type: none"> – Hyperpathie – Dysästhesie – Hypästhesie – Allodynie

Quelle: leicht modifiziert nach Schele (1997:231)

Bezogen auf die Schmerzart zeichnete sich in der Studie von Grond et al. (1996) die folgende Häufigkeitsverteilung ab:

- 35 Prozent Knochenschmerzen,
- 45 Prozent Schmerzen der Weichteile,
- 33 Prozent viszerale Schmerzen,
- 34 Prozent andere Schmerzsyndromen (incl. neuropathische Schmerzen).

²¹ *Hyperpathie* bezieht sich auf verstärkte Reaktionen besonders auf wiederholte Reize, *Dysästhesie* auf unangenehme Empfindungen, die entweder spontan entstehen oder provozierbar sind, während *Hypästhesie* die verstärkte Empfindung schmerzhafter oder nicht schmerzhafter Reize (Erniedrigung der Schmerzschwelle) und *Allodynie* die Schmerzauslösung durch Reize, die „normalerweise“ keinen Schmerz verursachen, beschreibt (zur Definition der Sensibilitätsstörungen vgl. z.B. Diener 1997b, 3, Hankemeier et al. 2001a, 11, Pschyrembel 1994).

Die von Schmerz betroffenen Körperregionen und Organsysteme wiesen eine breite Variation in Abhängigkeit von der Tumorart, seiner Lokalisation und dem Verlauf bzw. dem Stadium der Tumorerkrankung auf. Für die Tumorart konnte nur ein sehr bedingter Einfluss auf die Ätiologie und Intensität der Schmerzen nachgewiesen werden. Analog zur Schmerzprävalenz unter der Allgemeinbevölkerung dominierten auch unter den von Grond et al. (1996) untersuchten Tumorpatientinnen und -patienten Rückenschmerzen. Im Detail zeichnete sich bezüglich der Schmerzlokalisierung die folgende Verteilung ab:

- 36 Prozent Schmerzen im unteren Wirbelsäulenbereich,
- 27 Prozent abdominale Schmerzen,
- 23 Prozent Thoraxschmerzen,
- 21 Prozent Schmerzen in den unteren Extremitäten,
- 17 Prozent Kopfschmerzen.

In Übersichtsdarstellungen zum Problem des Tumorschmerzes wird denn auch unter Verweis auf entsprechende Befunde zur Schmerzprävalenz jeweils herausgestellt, dass davon auszugehen ist, dass etwa die Hälfte aller Tumorkranken an Schmerzen leiden. Im fortgeschrittenen Krankheitsstadium werden bei rund 70 Prozent und im Terminalstadium bei über 90 Prozent der Betroffenen behandlungsbedürftige, tumorbedingte oder tumorassoziierten Schmerzen angenommen (Schele 1997, 229). Da zudem 30 bis 60 Prozent der Betroffenen therapiebedingte „iatrogene“ Schmerzen erleidet, gehen Expertinnen und Experten davon aus, dass nahezu jeder Tumorkranke zumindest zeitweilig im Verlauf der Erkrankung an behandlungsbedürftigen Schmerzen leidet (Syrjala/Abrams 1999, 301).

Die von Heidemann (1999) vorgelegten Modellrechnungen für die Bundesrepublik lassen darauf schließen, dass bundesweit bei mindestens 220 000 Menschen eine Tumorschmerztherapie angezeigt ist.²² Nach der Einschätzung von Schmerzexpertinnen und -experten können über 90 Prozent der tumorbedingten Schmerzen effektiv behandelt werden, dennoch lassen vorliegende Studien daraufhin schließen, dass nur etwa die Hälfte der Betroffenen eine ausreichende Schmerzkontrolle erfährt (Cleeland et al. 1994, Zhukovsky et al. 1995, s.a. WHO 1986, 1990).

3.2.2 Anforderungen an die Tumorschmerztherapie

Angesichts der vielfach konstatierten unzureichenden Schmerzkontrolle bei Tumorerkrankungen wurde in den achtziger Jahren unter Federführung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die „Cancer Pain Relief“ - Initiative ins Leben gerufen und als Orientierungsrahmen für eine suffiziente Tumorschmerztherapie ein Stufenschema für die Tumorschmerztherapie erarbeitet (WHO 1986). Die Anwendung des WHO-Stufenschemas wird

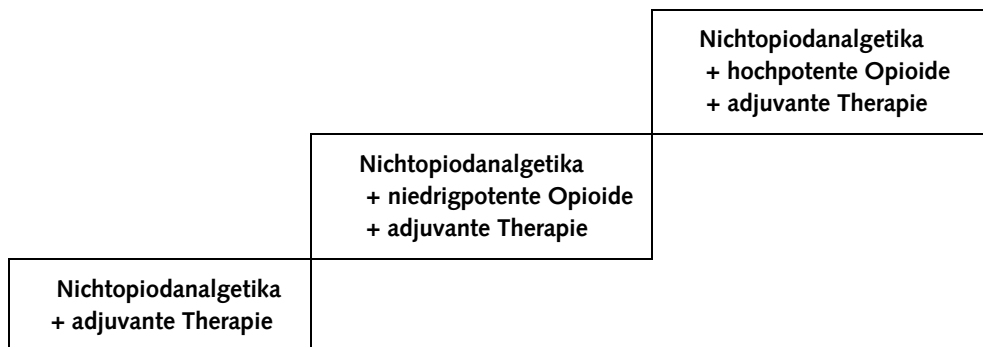
²² Heidemann (1999) wandte zwei Verfahren zur Schätzung der Tumorschmerzprävalenz ab. Unter Zugrundelegung der im Krebsatlas ausgewiesenen Mortalitätsdaten, klinischer Prämissen zur Schmerzprävalenz und der medianen Überlebenszeiten ermittelte sie für 1995 bundesweit 82 710 690 Tumorschmerzpatiententage, bzw. eine Punktprävalenz von 226 605 (Anzahl der Menschen mit Schmerztherapiebedarf an einem Stichtag). Als Gegenrechnung wurde unter der Annahme, dass 60 bis 90 Prozent aller Tumorkranken in fortgeschrittenem Krankheitsstadium an Schmerzen leiden und der geschätzten Tumorprävalenz für 1989/90 eine Tumorschmerzprävalenz von 221 826 ermittelt.

auch für die Schmerztherapie bei Aids empfohlen (Jacox et al. 1994a,b, s.a. Breitbart et al. 1996a,b, Kurz-Müller/Zenz 1997) und ist in den Grundzügen auch auf die Therapie chronischer Schmerzen bei degenerativen Erkrankungen übertragbar.

Empfehlungen für die Tumorschmerztherapie

Auf der Grundlage der gezielten systemischen Gabe von analgetischen Substanzen und ihrer bedarfsweisen Kombination mit sog. adjuvanten schmerztherapeutischen Verfahren kann bei bis zu 90 Prozent der schmerzbelasteten tumorkranken Menschen selbst im fortgeschrittenen Stadium von Tumorerkrankungen eine weitgehende Schmerzkontrolle erzielt werden (Schele 1997, WHO 1990). Nach dem WHO-Stufenschema der Tumorschmerztherapie ist eine der jeweiligen Schmerzstärke individuell angepasste Medikation vorgesehen. Bei mildereren Schmerzen wird initial die Kombination von Nichtopioidanalgetika und adjuvanten Therapieverfahren empfohlen (WHO-Stufe I), die es bei unzureichender Schmerzlinderung durch niedrig- bis mittelpotente Opioidanalgetika (WHO-Stufe II) und schließlich durch hochpotente Opioide zu ergänzen gilt (WHO-Stufe III). Insbesondere bei neuropathischen Schmerzen wird die Kombination der Analgetika mit Antidepressiva oder Antikonvulsiva empfohlen. Analog zu den generellen Therapieprinzipien bei chronischen Schmerzen (vgl. z.B. Klaschik 1990, Maier 1997b) sollte die Analgetikadosierung in Orientierung an der Schmerzintensität und die Applikation nach einem festen Zeitschema erfolgen, um einen kontinuierlichen Wirkspiegel zu erhalten und das Auftreten nur schwer kontrollierbarer Schmerzspitzen zu vermeiden (s. Abbildung 1.0).

Abbildung 1.0: Tumorschmerztherapie nach dem Stufenschema der WHO (1986)

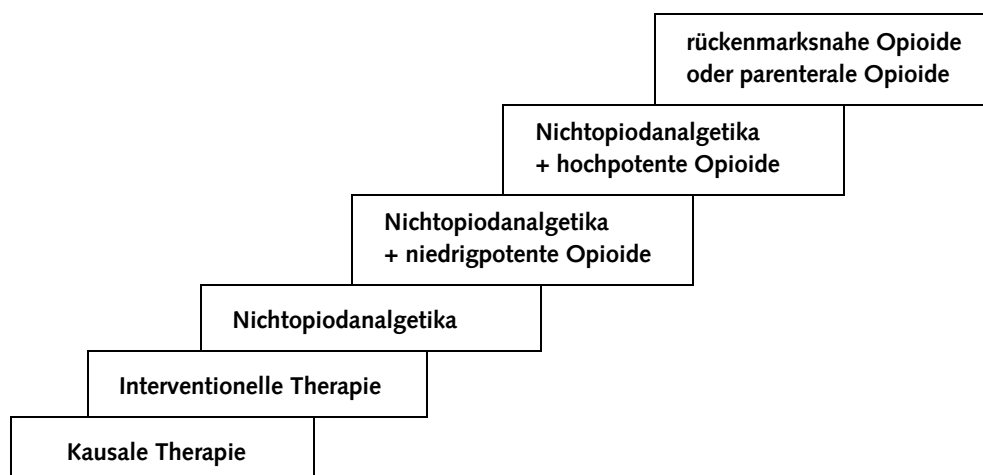


Quelle: WHO (1986, zit. n. Schele 1997, 240)

Das in Abbildung 2.0 dargestellte erweiterte Stufenmodell von Strumpf und Zenz (1989, 1993) verdeutlicht, dass auch in der Tumorschmerztherapie auf invasive Verfahren der Schmerztherapie bzw. invasive Applikationsformen der Analgetika, wie die rückenmarksnahe Opioidgabe, erst nach der Ausschöpfung konservativer Behandlungsmöglichkeiten zurückgegriffen werden sollte.²³

²³ Einen Überblick über invasive bzw. interventionelle Verfahren der „Schmerzausschaltung“, die in der Schmerztherapie auch zu diagnostischen und prognostischen Zwecken Anwendung finden, bieten u.a. Maier und Gleim (1997). Mit der Verbesserung der medikamentösen Therapie (z.B. bessere galenische Aufbereitung oral und transdermal applizierbarer Opioid-/Analgetika und Entwicklung retardierter

Abbildung 2.0: Grundlegende Verfahren und gestuftes Vorgehen der Tumorschmerztherapie nach Strumpf und Zenz (1989)



Quelle: Strumpf/Zenz 1989 (zit. n. Schele 1997, 240, s.a. Strumpf/Zenz 1993, 281)

Schele (1997) unterstreicht den „didaktischen Wert“ entsprechender Therapieschemata, da eine Orientierung an dem WHO-Stufenplan nicht-rationale oder unnötige Therapieregime verhindern könne. Der Autor gibt allerdings auch zu bedenken, dass ein striktes Festhalten an dem Stufenplan der individuellen Situation der Betroffenen oftmals nur unzureichend gerecht wird. So ist im Rahmen der Tumorschmerztherapie analog zu den Behandlungsgrundsätzen bei nicht-malignen chronischen Schmerzen eine eingehende, möglichst interdisziplinäre Indikationsstellung für die jeweils optimale Kombination der Therapieverfahren sowie deren Verlaufskontrolle angezeigt.

Das Stufenschema der WHO kann in diesem Sinne einen groben „Orientierungsrahmen“ für das therapeutische Vorgehen bieten. Problematisch erscheint jedoch, dass zumindest vordergründig der Eindruck erweckt wird, dass Nicht-Opiodanalgetika als Basisanalgetika der Stufe I in der Tumorschmerztherapie generell als weniger potente Analgetika einzustufen seien. Die Wirksamkeit der analgetischen Substanzen ist jedoch neben der Dosierung auch abhängig vom Schmerztyp. So ist beispielsweise aufgrund der spezifischen spasmolytischen Wirkung Metamizol bei kolikartigen Schmerzen der Wirkung von Opioiden überlegen.²⁴ Auch sind unter Stufe II aufgeführten niedrigpotenten Opiode nicht generell mit einem geringeren Potential an

Präparate) ist ihr Einsatz in den letzten Jahren deutlich zurückgegangen, so auch die rückenmarksnahe Analgesie und der Einsatz von Morphinpumpen zur epiduralen oder intrathekalen Applikation von Opioiden in der Tumorschmerztherapie. Ausnahmen bilden nach Maier und Gleim (1997, 356f) sog. therapieresistente Tumorschmerzen und spezielle, vor allem neurogene bzw. neuralgische Schmerzsyndrome, so auch sympathisch unterhaltene Schmerzsyndrome. Bei letzteren kann durch eine interventionelle Behandlungsserie teilweise ein Fortschreiten der Schmerzkrankung, eine dauerhafte Schmerzlinderung oder eine zeitweilige Kontrolle schwerer Schmerzattacken erzielt werden. Der zeitlich begrenzten Wirkung steht jedoch stets ein relativ hohes Risikopotential unerwünschter Therapieeffekte gegenüber, das es im Einzelfall abzuwägen gilt. Auch wenn mögliche lebensbedrohliche Komplikationen äußerst selten auftreten wird daher eine zurückhaltende Indikationsstellung empfohlen. Dies gilt, mit wenigen Ausnahmen, wie schwere Verlaufsformen der Trigeminusneuralgie, besonders für die Durchtrennung oder Zerstörung von peripheren Nerven oder Nervenstrukturen.

²⁴ Nach den Angaben von Maier (1997a) wird Metamizol aufgrund des vergleichsweise günstigen Wirkungsprofils in vielen Schmerzzentren als „Mittel der ersten Wahl“ im Rahmen der Tumorschmerztherapie (WHO Stufe I und als Kombinationspräparat in Stufe II) und bei nicht tumorbedingten Schmerzen eingesetzt.

unerwünschten Therapieeffekten verbunden. Da diese auch dosisabhängig sind, kann das „Risikoprofil“ niedrig dosierter, hochpotenter Opioide gegenüber hoch dosierten, niedrigpotenten Opioiden unter Umständen günstiger sein (Schele 1997, 239). Als grundlegend für die Schmerzkontrolle bei Tumorerkrankungen werden von Schele (1997) die folgenden Punkte herausgestellt:

- die Durchführung einer eingehenden Schmerzanalyse als Entscheidungsgrundlage für eine rationale Schmerzbehandlung (Indikationsstellung für die Auswahl der geeigneten der Analgetika, Koanalgetika und adjuvanter Therapieverfahren, s. Tabelle 3.1);
- ein therapeutisches Vorgehen in „Orientierung“ am WHO Stufenschema;
- die nicht-invasive Verabreichung der Medikation (oral, evtl. sublingual, rektal oder transdermal) als Applikationsform der Wahl;
- eine kontinuierliche, präventive Schmerzkontrolle als Therapieziel auf der Grundlage der zeitkontingenten Gabe möglichst retardierter Analgetika statt einer bedarfsweisen Schmerzmedikation, für die Dosisermittlung/-anpassung oder bei Durchbruchschmerzen sind rasch wirksame Analgetika als Zwischendosis („rescue dose“) sinnvoll, generell ist jedoch die dauerhafte Schmerzkontrolle ohne Schmerzspitzen anzustreben;
- der gezielte Einsatz von Koanalgetika (z.B. Kortikoide und Diuretika bei Kopfschmerzen aufgrund von erhöhtem Hirndruck bei Hirntumoren), die oftmals eine geringere Dosierung der Analgetika und damit die Reduzierung der zumeist auch dosisabhängigen Ausprägung unerwünschter Therapieeffekte ermöglichen;
- die frühzeitige Prophylaxe und Behandlung unerwünschter analgetika-induzierter Therapieeffekte durch eine entsprechende Begleitmedikation;
- die gezielte Ergänzung der Analgetikatherapie durch adjuvante Verfahren der Schmerz- bzw. Symptomkontrolle (z.B. palliative Bestrahlung bei Druckschmerz infolge tumorbedingter Verdrängungsprozesse im Weichteilbereich, Transdermale Elektrostimulation/TENS bei neuralgischen Schmerzen aufgrund von Nervenkompression/-infiltration sowie Lymphdrainagen, Lagerung und Kompressionsverbände bei Lymphödemen);
- die regelmäßige Verlaufskontrolle zur Überprüfung der Effektivität und
- eine rechtzeitige Dosisanpassung, d.h. zumeist sind Dosissteigerungen der Analgetika im Zuge des Fortschreitens der Tumorerkrankung erforderlich, mit der Krankheitsprogression kann jedoch bei der Destruktion neuraler Strukturen durch Tumordinfiltration auch ein Rückgang der tumorbedingten Schmerzen eintreten und eine Reduzierung der Analgetika angezeigt sein (Schele 1997, 242ff).²⁵

Nach den 1994 publizierten „Federal guidelines for the management of pain in patients with cancer and HIV disease“ der U.S. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) sollte der Stufenplan der WHO zur Schmerztherapie bei Tumorschmerz gleichermaßen bei Aids bedingten

²⁵ Ähnlich beschreibt Klaschik (1990) als Grundregeln der Schmerztherapie eine regelmäßige Medikation nach festem Zeitschema, die individuelle Dosierung und kontrollierte Dosisanpassung, die Medikation nach dem Prinzip der Antizipation (die Verabreichung der Medikamente bevor die schmerzstillende Wirkung der vorherigen Dosis nachläßt, bzw. verbraucht ist), nach Möglichkeit eine orale Medikamentengabe und die Prophylaxe unerwünschter Therapieeffekte durch Begleitmedikamente (vgl. hierzu a. Hankemeier et al. 2001a, Hankemeier/Krizanits 2001)

Schmerzsyndromen Anwendung finden (Jacox et al. 1994). Dies wird - so Kurz-Müller und Zenz (1997) - auch von Schmerzexpertinnen und -experten in Deutschland empfohlen. Wie Klinger und Maier (1999) mit Blick auf die Anwendung im Rahmen der Therapie sog. nicht-maligner chronischer Schmerzen zu bedenken geben, wurde das WHO-Stufenschema bisher allerdings nur für Tumorschmerz in breit angelegten Studien validiert (vgl. z.B. Ventafridda et al. 1987).

Tabelle 3.1: Therapieempfehlungen für ausgewählte Tumorschmerzsyndrome nach Schele (1997)

Schmerzsyndrom	Analgetikum	Koanalgetikum	Adjuvante Therapieverfahren
Knochenschmerz	– Metamizol – NSAID – Opioide	– Kortikoide – Calcitonin	– Diphosphonate – lokalisiert: Radiatio – diffus: Radioisotope
Weichteilschmerz (Haut-, Bindegewebe, Muskeln)	– Nichtopioidanalgetika – Opioide	– Kortikoide	– Radiatio
Eingeweide	– Opioide – Metamizol	– Spasmen bei Befall von Hohlorganen: Butylscopolamin	– lokalisiert: Radiatio – Pankreas: evtl. chemische Neurolyse des Plexus coeliacus
Kapselspannungsschmerz (Leber)	– NSAID – Opioide	– (Kortikoide)	– chemische Neurolyse des Plexus coeliacus
Nervenkompression Nerveninfiltration	– Opioide – NSAID	– Kortikoide – Antidepressiva – Antikonvulsiva	– Befall weniger Nerven (Interkostalnerven, sakrale Wurzeln): chemische Neurolyse – Kyreoanalgesie? – TENS
Kopfschmerz bei Hirndruck	– Nichtopioidanalgetika	– Kortikoide – Diuretika	– Radiatio – Lagerung (- Antiepileptika)
Muskelverspannungen	– NSAID – Flupirtin	– Muskelrelaxanzien	– Physiotherapie – Entspannungsverfahren – therapeutische Lokalanästhesie – TENS
Ischämieschmerzen	– Opioide		– untere Extremitäten: chemische Neurolyse des lumbalen Sympathikus – obere Extremitäten: chirurgische Exhairese des Ganglion stellatum
Lymphödem	– Opioide	– Kortikoide	– Lymphdrainage – Lagerung – Kompressionsverband

Quelle: Schele (1997, 251)

Behandlungsdefizite am Beispiel der Tumorschmerzkontrolle

Das Schmerzmanagement bei progredienten Erkrankungen ist eine komplexe Aufgabe, die angesichts der Schwere und Diversität der Problemlagen einen multimodalen Ansatz erfordert und im multidisziplinären Team

gelöst werden sollte. Die Gewährleistung einer ausreichenden Schmerzkontrolle und Schmerzprävention als Handlungsmaxime der Schmerztherapie sollte hier gleichermaßen Anwendung finden. Prinzipiell ist daher auch bei kausaltherapierbaren, in akuten Krankheitsepisoden begründeten Schmerzzuständen (z.B. pneumoniebedingte Thoraxschmerzen), parallel zur kausalen Therapie stets eine symptomatische Schmerztherapie angezeigt. Ungeachtet der vielfältigen Initiativen zur Verbesserung der Schmerzkontrolle erweist sich die Versorgungspraxis jedoch gerade bei Tumorerkrankungen im fortgeschrittenen Krankheitsstadium vielfach als unzureichend.

Die Befunde einer breit angelegten, multimodalen Studie von Cleeland et al. (1994) sind gleichermaßen aufschlussreich bezüglich des Ausmaßes wie auch hinsichtlich möglicher der Ursachen der weiterhin bestehenden schmerztherapeutischen Unterversorgung. Befragt wurden in diesem Rahmen 1 308 Patientinnen und Patienten mit metastasierenden Tumorerkrankungen zum Ausmaß ihrer Schmerzbelastung in der vorangegangenen Woche und dem durch Analgetika in diesem Zeitraum erzielten Maß an Schmerzlinderung. Die Patientenbefragung wurde ergänzt durch Angaben der behandelnden Ärztinnen und Ärzte zur Schmerzdiagnose, eingeleiteten Schmerztherapie und Einschätzung der Schmerzfolgen auf den Funktionsstatus der Betroffenen. Ferner wurde die medikamentöse Schmerztherapie jeweils anhand der WHO-Empfehlungen zur Tumorschmerztherapie bewertet. Die Ergebnisse dieser unter Patientinnen und Patienten durchgeführten Studien, die sich immerhin in ausgewiesenen, der "Eastern Cooperative Oncology Group" angeschlossenen Gesundheitseinrichtungen in Behandlung befanden, lassen sich wie folgt zusammenfassen:

- von den 1 308 befragten Tumorkranken berichteten 67 Prozent (n=475) in dem betrachteten Zeitraum an Schmerzen gelitten zu haben, 36 Prozent der 475 von Schmerz betroffenen Patientinnen und Patienten waren aufgrund der Schmerzen in ihrem Funktionsstatus beeinträchtigt;
- von den 597 Patientinnen und Patienten, von denen entsprechende Informationen verfügbar waren, erhielten 42 Prozent (n=250) gemessen an den WHO-Empfehlungen keine ausreichende Schmerzmedikation;
- unter den Patientinnen und Patienten in Therapieeinrichtungen, in denen primär Angehörige ethnischer Minderheiten behandelt wurden, war die Wahrscheinlichkeit, keine adäquate Schmerzmedikation zu erhalten, dreimal so hoch wie in anderen Einrichtungen;
- die Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung und Fremdeinschätzung der Schwere der Schmerzen von ärztlicher Seite erwies sich als herausragender Prädiktor für eine unzureichende Schmerzmedikation; als weitere Faktoren, die eine unzureichenden Schmerzmedikation begünstigen, kristallisierte sich das Vorliegen von Schmerzen, die von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten nicht der Krebserkrankung zugeschrieben wurden, ein relativ guter Funktionsstatus und das Alter der Betroffenen heraus, d.h. insbesondere bei über siebzigjährigen Patientinnen und Patienten erwies sich die Schmerzkontrolle überproportional häufig als unzureichend;
- Patientinnen und Patienten mit unzureichender Schmerzmedikation berichteten entsprechend ein geringeres Maß an Schmerzlinderung und ein höheres Maß an schmerzbedingten Funktionsbeeinträchtigungen.

Auf eine Unterversorgung bei der analgetischen Therapie lassen auch hierzulande Studien zur Verschreibungspraxis von Opioiden bei Tumorschmerzpatienten schließen (Gostomzyk/Heller 1996, Sorge et al. 1996, Zenz et al. 1995). Dies zeigte sich auch anhand der im Kontext des Modellprojektes der Krebschmerzinitiative Mecklenburg Vorpommern im Herbst 1997 durchgeführten Befragung zur Struktur- und Prozessqualität der Tumorschmerztherapie unter einer randomisierten Stichprobe von rund 500 Ärztinnen und Ärzten. Rund 70 Prozent der Befragten stufte die Mehrzahl der Betroffenen als schmerztherapeutisch unterversorgt ein. Analog zur Tumorschmerztherapie lassen verschiedene Studien zur Praxis der Schmerztherapie bei Aids gleichermaßen auf eine eklatante Unterversorgung schließen (Breitbart et al. 1996a,b, Lebovits et al. 1994, McCormick et al. 1993, Singer et al. 1993).

Die in vorliegenden Studien ermittelten Defizite und Barrieren, die einem effektiven Schmerzmanagement entgegenstehen, umfassen neben übergreifenden, gesellschaftlichen und gesundheitssystembezogenen Faktoren offenbar vor allem akteursbezogene Faktoren und zwar sowohl auf der Ebene der professionellen Akteure als auch auf der Ebene der betroffenen Patientinnen und Patienten und ihrer Bezugspersonen. Zu den gesundheitssystembezogenen Faktoren zählen eine unzureichende Infrastruktur und ein damit verbundener begrenzter Zugang zu einer qualifizierten Schmerztherapie sowie restriktive gesetzliche Vorgaben für die Verordnung hochpotenter Opioide, in denen sich soziokulturell geprägte Normen und Vorstellungen über den Umgang mit Schmerz und psychotropen Substanzen widerspiegeln. Auf der Akteursebene kommt auf professioneller Seite eine in Qualifikationsmängeln begründete unzureichende Versorgungspraxis zum Tragen. Wissensdefizite und hierdurch begünstigte irrationale Vorbehalte gegenüber der Schmerztherapie, besonders die sich offenbar auch unter den Professionellen hartnäckig haltenden Morphinmythen, beeinträchtigen die Qualität der Schmerzversorgung (Pargson/Hailey 1999). Vielfach erweist sich bereits das Schmerzassessment als unzureichend. Ferner sind Stigmatisierungsprozesse bzw. die Diskriminierung von Patientengruppen nicht auszuschließen.²⁶ Dies gilt für die Bereitschaft der Opioidverordnung seitens der professionellen Akteure wie auch für mögliche Ängste der Betroffenen vor einer Opioidtherapie.

Indizien sprechen dafür, dass von den professionellen Akteuren die Frage der Verlässlichkeit von Patientenangaben zur Schmerzintensität insbesondere aber nicht nur bei Aids-Kranken mit einer Drogenkarriere aufgeworfen bzw. angezweifelt wird. Die Entwicklung von physischer Abhängigkeit (Toleranz) ist bei einer Opioidtherapie chronischer Schmerzzustände zwar möglich, psychische Abhängigkeit wird jedoch äußerst selten berichtet. Wie auch im

²⁶ Diese Probleme treten vor allem bei drogengebrauchenden Aids-Kranken zu Tage (vgl. Breitbart et al. 1997; Breitbart 1998). Da Drogenabhängigkeit als ein Risikofaktor für HIV-Infektionen gilt, ist auf ärztlicher Seite die Befürchtung der Simulation von Schmerzen zur Drogenbeschaffung bei dieser Patientengruppe offenbar besonders ausgeprägt. Eine Drogenkarriere haben allerdings, wie auch Kurz-Müller und Zenz (1997) explizit hervorheben, in der Bundesrepublik mit etwa 15 bis 20 Prozent aller HIV-positiven Patientinnen und Patienten nur eine Minderheit der Betroffenen. Die Autoren unterstreichen, dass Anhaltspunkte für eine höhere Schmerzinzidenz bzw. einen „objektiv“ höheren Analgetikabedarf bei drogenabhängigen Aids-Kranken vorliegen. Ferner sei zu beachten, dass bei einer Substitutionstherapie gleichermaßen schwerste Schmerzzustände auftreten können, da die Metadonmenge zur Kupierung physischer Entzugssymptome deutlich geringer ist als die für eine suffiziente Schmerztherapie erforderliche Dosis. Auch bei Drogenabhängigkeit dürfe daher eine ausreichende Schmerzmedikation „nicht aus falsch verstandener Furcht vor psychischer Abhängigkeit unterbleiben“ (Kurz-Müller/Zenz 1997, 99).

Bericht der Expertengruppe der WHO (1990, 37) hervorgehoben wird, haben verschiedene Studien gezeigt, dass Medikamentenmissbrauch eher beim Einsatz nicht-opioider Analgetika und schwacher Opioide zu beobachten ist (vgl. z.B. Tennant/Rawson 1982) und auch bei nicht-malignen chronischen Schmerzen die Entwicklung von psychischer Abhängigkeit bei einer Schmerztherapie mit potenten Opioiden äußerst selten ist, zumal hier in der Regel retardierte Präparate zum Einsatz kommen, die keine euphorisierende Wirkung besitzen (Portenoy/Foley 1986, Hankemeier/Krizantis 2001, 49). Janjan et al. (1996) verweisen ebenfalls darauf, dass ein unzureichendes Schmerzmanagement selbst bei Tumorschmerz vorrangig in einstellungsbezogenen Barrieren und in Wissensdefiziten bezüglich der Prinzipien des Schmerzassessments, der Analgetikatherapie und anderer therapeutischer Interventionsmöglichkeiten begründet ist und irrationale Vorbehalte bei den professionellen Akteuren offenbar vor allem bei einer angezeigten Opioidtherapie zu Tage treten (vgl. a. Cleeland et al. 1994, Roenn et al. 1993, Potthoff/Urbahn 1998, Sorge et al. 1996). Zenz und Willweber-Strumpf (1993) sprechen diesbezüglich gar von einer „Opioid-Phobie“.²⁷

Entsprechende soziokulturell geprägte und letztlich in unzureichenden Fachkenntnissen begründete stereotype Einstellungsmuster gegenüber einer Opioidtherapie der professionellen Akteure prägen gleichermaßen die „Laienperspektive“ und sind daher auch auf der Ebene der Betroffenen und in ihrem sozialem Umfeld als Barrieren, die einer effektiven Schmerzkontrolle entgegenstehen, in Betracht zu ziehen. Ursachen für die vielfach konstatierten schmerztherapeutischen Versorgungsdefizite sind jedoch zuvorderst auf der Ebene der Aus- und Weiterbildung der Gesundheitsberufe und Infrastruktur im Gesundheitswesen zu suchen. Die folgende Darstellung konzentriert sich daher zunächst auf die strukturelle Aspekte schmerztherapeutischen Versorgung und die Qualifikation der professionellen Akteure. Patientenbezogene Barrieren bzw. der Laienperspektive werden im nachfolgenden Kapitel zu den Erfordernissen der Patientenedukation im Rahmen der Schmerztherapie erörtert.

²⁷ In der im Auftrag des BMG durchgeführten Studie „Hemmfaktoren bei der Durchführung einer wirksamen Schmerztherapie nach dem WHO-Stufenschema“ von Potthoff et al. (1998, 50ff) zeichnete sich allerdings eine Diskrepanz zwischen der (Fremd-)Einschätzung der Schmerztherapie in der Primärversorgung durch Tumorschmerzspezialisten (Onkologen, Schmerztherapeuten) und der Einschätzung durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ab. Die schmerztherapeutische Praxis in der Primärversorgung wurde von den Spezialisten auch im Vergleich zur klinischen Praxis relativ kritisch beurteilt. Als Gründe verwiesen sie zuvorderst auf Unsicherheiten und den durch gesetzliche Regelungen bedingten Aufwand bei der Rezeptierung von Opioiden. Verwiesen wurde von ihnen in diesem Zusammenhang auf die Furcht vor Rezeptdiebstahl und auf juristische Probleme. Entsprechende „Verordnungshemmnisse“ wurden damit von ihnen mit Blick auf die Allgemeinpraxis deutlich häufiger benannt als von den „eigentlich davon betroffenen“ niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Demgegenüber wurden Befürchtungen bezüglich möglicher Unverträglichkeiten und unerwünschter Therapieeffekte, Suchtgefahr, geringe Erfahrung und Informationsdefizite von Expertenseite seltener genannt (Potthoff et al. 1998, 53f).

4. Strukturelle Entwicklung und Versorgungsdefizite

Im folgenden Abschnitt werden Aspekte des schmerztherapeutischen Versorgungsbedarfs und der Versorgungssituation von Menschen mit chronischen Schmerzzuständen umrissen. Dabei geht es auch um die Rolle, die der Pflege im Rahmen der interdisziplinären Schmerztherapie und Palliativversorgung zugeschrieben, bzw. die von ihr unter Gesichtspunkten der Versorgungsqualität übernommen werden sollte.

4.1 Entwicklung qualifizierter Versorgungsangebote

Bereits in den achtziger Jahren wurden zahlreiche Initiativen zur Verbesserung der Schmerzversorgung eingeleitet. Bezogen auf die hier im Zentrum des Interesses stehenden, schmerztherapeutischen Versorgungsbedarfe von Menschen mit progredienten Erkrankungen, lag der Fokus auf dem Aufbau von speziellen Versorgungsangeboten für Menschen im fortgeschrittenen Stadium von Tumorerkrankungen. Trotz dieser Schwerpunktsetzung ist allerdings selbst die analgetische, schmerztherapeutische Versorgung von Tumorpatienten alles andere als ideal zu bezeichnen (Donner et al. 1998, Gostomzyk/Heller 1996, Lindena/Müller 1996, Potthoff/Urbahn 1998, Rothstein et al. 1998, Sorge et al. 1996, Zenz et al. 1995).

Der schwerpunktmäßig im urbanen Raum erfolgte Aufbau qualifizierter Versorgungsangebote für Menschen mit Aids ist nicht dem „professionellen System“ geschuldet, sondern eine von der Aids-Selbsthilfebewegung durch homosexuelle Menschen innerhalb weniger Jahre vollbrachte Leistung, die zumindest hierzulande in dieser Form ihresgleichen sucht (als Überblick s. Schaeffer et al. 1992, Schaeffer 1996).

Zwar findet auch im deutschsprachigen Raum seit den neunziger Jahre die Notwendigkeit einer adäquaten Schmerzkontrolle bei betagten Menschen in „Fachkreisen“ zunehmend Beachtung (vgl. z.B. Nikolaus 1994, DGSS-Initiativgruppe et al. 1998).²⁸ Vergleichbare Aktivitäten zur Implementation von Schmerzmanagementprogrammen in der ambulanten und stationären Langzeitpflege betagter Menschen, wie sie in den letzten Jahren im angloamerikanischen Raum auch unter Federführung der Pflege initiiert wurden (Weissman et al. 2000), finden sich bislang in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft nicht.

Für die Einschätzung der Qualität der Schmerzversorgung bei letalen, progredienten Erkrankungen wird im internationalen Vergleich zumeist die Verschreibungspraxis von hochpotenten Opioiden als international standardisierbarer Indikator herangezogen. Nach den von Potthoff et al. (1998, 1) zitierten Daten des International Narcotics Control Board von 1993

²⁸ Der Begriff „Fachkreise“ rekurriert hier auf ausgewiesene Expertinnen und Experten der interdisziplinären Schmerztherapie, der Palliativversorgung und der Gerontologie. So wurde in der Ausgabe der Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28 (1995) 5 zum Schwerpunkt „Schmerz und Schmerzerleben im Alter“ das Thema in verschiedenen Facetten behandelt (s. Heuft et al. 1995, Hofer et al. 1995, Keseberg 1995, Kruse 1995, Lang/Kupfer 1995, Nehen 1995, Scheidt/Bauer 1995, Wilz et al. 1995, Wojnar/Bruder 1995). Pflegerische Aspekte des Schmerzmanagements bei betagten Menschen wurden hier allerdings nicht explizit aufgegriffen. Des Weiteren wurde das Thema „Schmerz und Alter“ auch in Ende der neunziger Jahre als Neuauflage erschienen Fachbüchern zur Schmerztherapie (s. Basler 1999, Thomm 1999) und Palliativmedizin (s. Sandgathe-Husebö 2000) in Form gesonderter Kapitel aufgenommen.

(s. Joranson 1993) lag Deutschland diesbezüglich weiterhin deutlich hinter Ländern wie Dänemark, den USA und Großbritannien. Mit der durch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtM-VV) vom 01.02.1993 erfolgten Liberalisierung der Verordnungsvorschriften sind die Verbrauchszahlen laut Arzneimittelreport zwar deutlich gestiegen, dennoch ist - wie die Autoren hervorheben - weiterhin von einer defizitären Versorgungssituation auszugehen. Fraglich ist nach ihrer Einschätzung jedoch, ob allein durch eine weitere Liberalisierung der Auflagen für die Verordnung von hochpotenten Opioiden eine Verbesserung der Schmerztherapie erzielbar ist. So verweisen auch Sorge et al. (1996) darauf, dass bei vergleichbaren bürokratischen Vorschriften die relativen Verbrauchszahlen für hochpotente Opioide in Deutschland weit niedriger waren als in Dänemark (7,5kg vs. 78,6 kg pro 1 Mio. Einwohner). Ihrer Analyse der Verordnungspraxis von Opioiden bei Tumorschmerzkranken im ambulanten Sektor im Raum Hannover zufolge werden starke Opioide selbst bei dieser Patientengruppe nur selten eingesetzt (Sorge et al. 1996, 283). Die Ursachen hierfür sind vielschichtig. Neben den weiterhin vergleichsweise restriktiven Verordnungsregeln für hochpotente Opioide verweisen die Autoren auf die bereits erwähnten vielfach bestehenden und zum Teil eher irrationalen Ängste vor unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Risiken einer Opioidmedikation bei schweren chronischen Schmerzzuständen sowohl unter der Ärzteschaft wie auch auf Seiten der Betroffenen.

Der Einsatz von Opioiden ist jedoch - wie auch Potthoff und Urbahn (1998, 1) betonen - nur ein Indikator der schmerztherapeutischen Versorgungsqualität. Als gleichermaßen relevant werden interaktive Aspekte des Versorgungsgeschehens und die Realisierung eines auf ein umfassendes Symptommanagement ausgerichteten Behandlungskonzeptes angesehen. Wobei sich hier im bundesdeutschen Gesundheitssystem die Frage der Zugänglichkeit zu entsprechend qualifizierten Versorgungsangeboten aufdrängt. Ein adäquates Symptommanagement ist im Rahmen der Gesundheitsversorgung für Menschen, die aufgrund schwerer progredienter Erkrankung an anhaltenden Schmerzen oder wiederholten Schmerzattacken leiden, angesichts der weiterhin zu konstatierenden Defizite in der Aus-, Fort- und Weiterbildung der Gesundheitsprofessionen primär in auf eine interdisziplinäre Schmerztherapie und/oder eine palliative Versorgung spezialisierten Einrichtungen gewährleistet. In beiden BereicheN ist in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft insbesondere im Vergleich zum englischsprachigen Raum ein deutlicher Entwicklungsrückstand zu verzeichnen. Bisher kann in der Bundesrepublik von der breiten Etablierung einer integrierten, multidisziplinären Schmerztherapie und der Palliativversorgung nicht die Rede sein.

In den USA wurden bereits Mitte des 20. Jahrhunderts mit der Etablierung der ersten universitätsangehörigen; multidisziplinären Schmerzkliniken als Behandlungs- und Forschungszentren (vgl. Kröner-Herwig 1999b, Baune 1998, 30ff) die Grundlagen für die Institutionalisierung einer interdisziplinär ausgerichteten Schmerzversorgung gelegt. Im Vergleich dazu erscheint Deutschland in zweifacher Hinsicht als Entwicklungsland. Zwar erfolgte 1975 die Gründung der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) als Sektion der International Association for the Study of Pain (IASP), die Institutionalisierung der Schmerztherapie als medizinisches Fachgebiet wurde jedoch erst im Verlauf der neunziger Jahre erzielt. Zu nennen ist hier die Integration der Schmerztherapie in den Fächerkanon des Medizinstudiums

mit der Aufnahme in den Katalog der Prüfungsfragen 1993 und in die fachübergreifende, ärztliche Weiterbildung, sowie die Anerkennung der Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ durch die Ärztekammer im Rahmen der Beschlußfassung zur Verbesserung der Schmerztherapie auf dem 99. Deutschen Ärztetag am 8. Juni 1996 (Knuth 1997).

Auch auf der Ebene der Palliativmedizin zeichnet sich eine im internationalen Vergleich späte Entwicklung ab. Im Juli 1994 wurde die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (DGP) als Sektion der European Association for Palliative Care (EAPC) gegründet. Mit der Einrichtung des ersten (Stiftungs-)Lehrstuhls für Palliativmedizin an der RWTH-Aachen zum Wintersemester 1999/2000 wurde ein weiterer Grundstein für die Etablierung dieses Fachgebietes gelegt. Parallel zu den Bemühungen zur Verbesserung der medizinischen Aus- und Weiterbildung wurden Modellprogramme zur Verbesserung der palliativen Versorgung von Tumorkranken aufgelegt (BMG et al. 1997, BMG 1998) und es erfolgte ein - wenn auch langsamer - so doch stetiger Ausbau der schmerztherapeutischen und palliativen Einrichtungen sowie von Schmerzkonferenzen als interdisziplinäre Informationsforen und der ärztlichen Weiterbildung zur Schmerztherapie.

Die Pflege ist von einer vergleichbaren Entwicklung auf der Ebene der Aus- und Weiterbildung sowohl bezüglich der Vermittlung von Prinzipien der Schmerztherapie wie auch der Palliativpflege offenbar noch weit entfernt, wie eine 1994 vom Arbeitskreis „Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der Schmerztherapie“ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS) durchgeführte, bundesweite Befragung unter Krankenpflegeschulen (DGSS Arbeitskreis Krankenpflege und medizinischen Assistenzberufe 1999) ebenso wie die Sichtung der entsprechenden Fachliteratur für die Pflege zeigt (Müller-Mundt et al. 2000b).

4.1.1 Entwicklung schmerztherapeutischer Einrichtungen

Eine adäquate Schmerzversorgung ist nach der Einschätzung führender Schmerzexpertinnen und -experten, trotz der in der letzten Jahren erzielten Fortschritte und einer höheren Sensibilität in Fachkreisen und in der Öffentlichkeit für das Thema „Schmerz“ auch heute in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft strukturell weder quantitativ noch qualitativ sichergestellt (Kröner-Herwig 1999c, 18). Sie würde auf der Strukturebene idealerweise ein mit der Regelversorgung vernetztes Angebot von spezialisierten, multidisziplinär ausgerichteten Schmerzzentren im stationären und im ambulanten Sektor voraussetzen. Auf der Ebene der Qualifikation setzt die Sicherstellung der Schmerzversorgung nicht nur eine ausreichende Anzahl von „Spezialisten“ aus dem Bereich der Medizin, Pflege, Physiotherapie und Psychologie voraus. Sie erfordert auch die Vermittlung eines ausreichenden Grundwissens im Rahmen der Ausbildung aller Gesundheitsdisziplinen.

Bereits aus Kapazitätsgründen ist der Zugang zu einer speziellen Schmerztherapie nur für einen Bruchteil der Betroffenen sichergestellt. Ein Umstand der um so schwerer wiegt, als eine qualifizierte, schmerztherapeutische Grundversorgung angesichts weiterhin bestehender Ausbildungsmängel der Gesundheitsprofessionen in der Regelversorgung nicht gewährleistet ist.

In der bereits erwähnten Expertise zur Schmerzversorgung von Zimmermann und Seemann (1986) war ausgehend von der Annahme, dass rund 400.000 Patientinnen und Patienten bundesweit einer speziellen Schmerztherapie bedürfen, für die alten Bundesländer ein Bedarf von etwa 1.000 spezialisierten Einrichtungen ermittelt worden. Demzufolge wäre heute von einem Bedarf an 1.500 bis 2.000 Einrichtungen auszugehen (vgl. a. DGSS 1998, 224ff).²⁹ Insgesamt zeichnet sich seit den achtziger Jahren zwar ein stetiger Ausbau der Versorgungskapazitäten für eine qualifizierte Schmerztherapie ab. Deutlich wird aber auch, dass der von Zimmermann und Seemann (1986) allein für die alten Bundesländer ermittelte Bedarf noch nicht annähernd gedeckt ist. Auch nach den Schätzungen der Deutschen Schmerzliga (1995, 1), bestanden Mitte der neunziger Jahre in Deutschland gerade einmal 10 Prozent der als notwendig erachteten Einrichtungen.

Auf Schmerztherapie spezialisierte, stationäre und ambulante Einrichtungen werden ebenso wie die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte, die über eine entsprechende Facharztausbildung verfügen, in Veröffentlichungen der amtlichen Statistik zum Gesundheitswesen nicht gesondert ausgewiesen sind (vgl. z.B. BMG 1999).³⁰ Anhaltspunkte über die Entwicklung des Versorgungsangebotes bieten einzig die von der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) und dem Schmerztherapeutischen Kolloquium (StK) herausgegebenen Schmerztherapieführer bzw. Mitgliederverzeichnisse, die jedoch nur bedingt zugänglich sind.³¹

Nach einer Bestandsaufnahme von Kröner-Herwig und Hoefert (1999, 9f) waren in dem 1994 herausgegebenen Schmerztherapeutenverzeichnis der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (Vey-Hegemann et al. 1994) immerhin über 200 schmerztherapeutische Behandlungszentren gegenüber 132 Einrichtungen in der Auflage des Verzeichnisses von 1989 nachgewiesen. Der von Flöter (1998) für das Schmerztherapeutische Kolloquium e.V. (STK) herausgegebene Schmerztherapieführer Deutschland 1998 weist insgesamt 155 Algesiologen des STK als „qualifizierte schmerztherapeutische Einrichtungen“ und 16 „psychologische schmerztherapeutische Einrichtungen“ nach.

²⁹ Bei der eher knappen Bemessung von 6.250 Menschen mit schweren Dauerschmerzen und darin begründeten erheblichen Beeinträchtigungen geht Zimmermann in einer Stellungnahme für die DGSS von folgenden Bedarfszahlen für eine ausreichende, schmerztherapeutische Versorgung aus: Da rund 12 Prozent der Betroffenen (750 pro 100.000 Einwohner) einer speziellen Schmerztherapie bedürfen, sei von einem Bedarf von mindestens 2.000 schmerztherapeutisch qualifizierten Ärztinnen/Ärzten, von 1.000 Schmerzzambulanzen und einer Kapazität von rund 2.600 Betten in interdisziplinären, stationären Behandlungszentren (3,6 Betten pro 100.000 Einwohner) auszugehen (DGSS 1998, 224ff).

³⁰ In entsprechenden Fachserien zum Gesundheitswesen des Statistischen Bundesamtes ebenso wie in der neusten Auflage des von BMG (1999) herausgegebenen Übersicht zu den wichtigsten „Daten des Gesundheitswesens“ ist Schmerztherapie als spezielle medizinische oder psychologische Fachrichtung, beispielsweise unter der Rubrik „niedergelassener Fachärzte“ nicht gesondert nachgewiesen. Auch findet sich bisher kein Nachweis über entsprechende Fachkliniken, bzw. klinische Schmerzzambulanzen und Fachabteilungen. Ein Umstand der - so steht zu vermuten - in der erst 1996 erfolgten Etablierung der „speziellen Schmerztherapie“ als medizinische Fachweiterbildung begründet ist.

³¹ Bis 1994 wurden im Schmerztherapieführer die Mitglieder der beiden genannten Fachgesellschaften ausgewiesen. Eine Bestandsaufnahme anhand der in den folgenden Jahren von der DGSS und dem StK jeweils gesondert erstellten Mitgliederverzeichnisse ist bereits aufgrund des erforderlichen Abgleichs von Doppelmitgliedschaften schwierig. Auch lassen sich anhand der Verzeichnisse insbesondere im Bereich der Primärversorgung kaum qualitative Aussagen über das Therapieangebot machen, wie etwa die in der speziellen Schmerztherapie geforderte interdisziplinäre Ausrichtung.

Ferner sind hier bundesweit 51 regionale Schmerztherapeutische Kolloquien aufgeführt, die Ärzten der jeweiligen Region für einen fachlichen Austausch mit Schmerzexperten offen stehen. In Nordrhein-Westfalen bestanden 13 dieser zumeist regelmäßig einmal im Monat angebotenen schmerztherapeutischen (Fall-)Konferenzen. Inwieweit diese Angebote von der Ärzteschaft der jeweiligen Regionen genutzt werden, kann anhand der vorliegenden Informationen nicht erlassen werden.

Bezogen auf die Einrichtungsform handelte es sich bei den im Schmerztherapeutenverzeichnis für 1992 nachgewiesenen 211 Einrichtungen zu 27,5 Prozent um ärztliche Praxen für Schmerztherapie (n=58), zu 43,1 Prozent um klinikangebundene Schmerzambulanzen (n=91), zu 12,8 Prozent um Schmerzkliniken bzw. klinische Schmerzabteilungen (n=27) und zu 16,6 Prozent um spezielle Einrichtungen für psychologische Schmerztherapie (n=35), die entweder als eigenständige, ambulante Institutionen oder auch klinikangebunden arbeiten (Vey-Hegemann et al. 1994, zit. nach Baune 1998, 50). Schwerwiegender als den rein quantitativen Mangel wertet Kröner-Herwig (1999d) allerdings, dass auch im Schmerztherapieführer für 1994 nur 47 psychologische Schmerztherapeutinnen bzw. -therapeuten und andere für eine qualifizierte interdisziplinäre Schmerztherapie relevante Disziplinen, wie Sporttherapie und Sozialarbeit, noch seltener aufgeführt sind. Die Autorin wertet dies als Indiz dafür, dass eine „über medizinische Fachrichtungen“ hinausgehende „Interdisziplinarität“, und damit die Voraussetzung für den geforderten integrativen Therapieansatz, in vielen Einrichtungen nicht gewährleistet werden kann. Baune (1998) stellt in seiner Untersuchung zur Versorgungssituation chronisch schmerzkranker Menschen in Nordrhein-Westfalen fest, dass seit Anfang der neunziger Jahre zwar ein Ausbau der schmerztherapeutischen Versorgungsangebote, besonders im ambulanten Sektor, erfolgte, weiterhin jedoch ein deutlicher Mangel an einer qualifizierten, psychologischen Schmerztherapie besteht. Zu einem ähnlichen Fazit kommen Lang et. al. (1999), wenn sie feststellen, dass trotz entsprechender Behandlungsrichtlinien in den bestehenden, schmerztherapeutischen Praxen eine monodisziplinäre Behandlung vorherrscht. Nur eine der von 109 Schmerzpraxen im Regierungsbezirk Mittelfranken arbeitete interdisziplinär. Eine regelmäßige Teilnahme an Schmerzkonferenzen bekundeten in dieser Studie lediglich 38 Prozent der Schmerzärztinnen und -ärzte.

Ergänzend sei hier angemerkt, dass sich in dem u.a. als Informationsgrundlage für die Primärversorgung gedachten „Schmerztherapieführer Deutschland 1998“ des Schmerztherapeutischen Kolloquiums (Flöter 1998) keine Hinweise auf ambulante Spezialpflegedienste für schwerkranke Patientinnen und Patienten finden, die sich auf Verfahren wie die Portpflege und Infusionstherapie oder Palliativpflege spezialisiert haben, obgleich die Information über die Zugänglichkeit entsprechender Dienste gerade für Patientinnen und Patienten mit letalen Erkrankungen, die an schweren Schmerzzuständen leiden, hilfreich für die Austaxierung und Ausschöpfung der Möglichkeiten für eine ambulante Versorgung anzusehen ist. Sie sind ebenfalls in dem Adressbuch „Häusliche Pflege“ in dieser Form nicht explizit

nachgewiesen.³² Entsprechende Informationen liegen auch für teilstationäre und stationäre Pflegeeinrichtungen nicht vor.

4.1.2 Exkurs zur Rolle der Pflege in der Versorgung von Schmerzkranken

Im internationalen Vergleich erscheint als weiteres Manko der Versorgung von Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzen, dass in der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung auch multidisziplinäre Schmerztherapieprogramme nahezu ausschließlich eine Domäne der Medizin und Psychologie geblieben sind. Als paramedizinisches Unterstützungspotential wird allenfalls der Physiotherapie ein nennenswerter Beitrag zugestanden. Dies zeigt sich gleichermaßen in der Auswahl von Fachbeiträgen in medizinischen Fachzeitschriften zum Themenschwerpunkt „Schmerz“ als auch bei der Sichtung diverser Standardwerke und Lehrbücher zum Thema „Schmerz“ und „Schmerztherapie“. In ihnen ist - und dies sei hier betont - im Unterschied zu Publikationen zur „Palliativmedizin“ und zur „Tumorschmerztherapie“ (z.B. Aulbert/Zech 1997, Bartsch/Hornstein 1998, Klaschik et al. 1998, Hankemeier et al. 2001b) der Pflege kaum ein Unterkapitel oder eigenständiger Beitrag gewidmet.³³ So taucht das Stichwort „Pflege“ auch in dem von Zenz und Jurna 1993 herausgegebenen Band „Schmerztherapie“ einzig im Abschnitt Symptomkontrolle in dem von Zech (1993) verfassten Kapitel „Hospizbewegung, Palliative Therapie, Symptomkontrolle“ auf. Allerdings heißt es hier immerhin:

„Nicht hoch genug kann der *Anteil der Pflege* bei der Gewährleistung einer optimalen Symptombehandlung eingeschätzt werden. Die konstante Aufmerksamkeit muß auf die Aufrechterhaltung des Wohlbefindens des Patienten ausgerichtet sein. Um dies zu ermöglichen, muß das Pflegepersonal aktiv und nicht passiv sein, darf nicht auf Klagen des Patienten warten, sondern sollte Probleme herausfinden und möglichen Schwierigkeiten zuvorkommen“ (Zech 1993, 445, Hervorhebung des Verfassers).³⁴

Anders stellt sich die Situation auch in der pädiatrischen Onkologie dar. Hier wird der Kinderkrankenpflege von der Qualitätssicherungsgruppe der

³² In dem vom Vincentz Verlag verlegten und 1999 in der 7. Ausgabe erschienenen Band „Häusliche Pflege. Das Adressbuch 1999/2000“ sind u.a. Adressen und Leistungen ambulanter Pflegedienste im Bundesgebiet nach Postleitzahlen gegliedert ausgewiesen. Als Leistungsarten finden die sich hier auch die Kategorien „Intensivpflege“, „Betreuung von Aidskranken“ und „Sterbebegleitung“, deren Kombination am ehesten für die Gewährleistung einer qualifizierten Pflege schwerstkranker und schmerzbelasteter Menschen spricht.

³³ Vgl. hierzu besonders die entsprechenden Themenschwerpunkte in medizinischen Fachzeitschriften für Allgemeinmediziner und praktische Ärzte:

- Zeitschrift für Allgemeinmedizin Jg. 70 (1994) Heft 19, Schwerpunkt: Schmerztherapie.
- Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung Jg. 92 (1998) Heft 1: Schwerpunkt: Schmerztherapie
- Zeitschrift für Allgemeinmedizin Jg. 74 (1998) Schwerpunkt: Palliativmedizin
- Forschung und Praxis. Wissenschafts-Journal der Ärzte Zeitung. Jg. 18/276, April 1999: Schwerpunkt: moderne Schmerztherapie.

Im Rahmen der Jahrestagungen der DGSS und des STK werden allerdings jeweils spezielle Fortbildungsforen für Pflegekräfte angeboten werden. Unter dem Dach der DGSS, die 1975 als deutsche Sektion der ISAP gegründet wurde, besteht der bereits erwähnte Arbeitskreis „Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der Schmerztherapie“.

³⁴ Bemerkenswert ist, dass die Beschreibung der Anforderungen an die Pflege von Zech (1993) Analogien zu dem von Benner (1994) in Anknüpfung an das Modell des Kompetenzerwerbs von Dryfus/Dryfus (1987) beschriebene Konzept der Herausbildung der professioneller Pflegekompetenz aufweist.

Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH) explizit eine zentrale Rolle in der schmerztherapeutischen Versorgung zugesprochen:

Eine Schlüsselstellung in der kideronkologischen Schmerztherapie nehmen Kinderkrankenschwester bzw. -pfleger ein. Über eine regelmäßige Dokumentation von Schmerzwerten, Medikamentengaben und Nebenwirkungen schaffen sie die Grundlage für den Beginn und die Steuerung der Schmerztherapie. Bei schmerzhaften Eingriffen beteiligen sie sich an Vorbereitung und ausreichendem Monitoring des Kindes. Zusammen mit dem Arzt stellen sie die Notfallversorgung bei Analgo-Sedierungen sicher“ (Zernikow et al. 1998, 213).

Mit Blick auf die Realisierung einer interdisziplinären Versorgung von schmerzkranken Menschen sind die Personalstruktur US-amerikanischer Schmerzzentren und die den dort eingebundenen Gesundheitsdisziplinen zugeschriebenen Aufgaben aufschlussreich. Nach Gatchel und Turk (1999) bilden Medizin und Pflege die Kernprofessionen des Teams. Sie werden ergänzt durch die Psychologie, die Physio- und Ergotherapie, sowie durch spezielle Case Manager für die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen. Auch wenn die von den Autoren gewählte Umschreibung der Pflege als „natural extender“ der Medizin angesichts des erreichten Professionalisierungsstandes der US-amerikanischen Pflege etwas befremdet, wird von den Autoren der spezielle Beitrag der Pflege im interdisziplinären schmerztherapeutischen Team deutlich herausgearbeitet:

- Der **Medizin** kommt demnach die Führungs- und Leitungsfunktion („leadership role“) im schmerztherapeutischen Team zu, sie ist hauptverantwortlich für die Diagnostik und Therapie der dem Schmerz zugrunde liegenden physiopathologischen Aspekte.
- Der **Pflege** wird eine Verstärkungsfunktion der Medizin („natural extender“) zugeschrieben, wobei ihr jedoch nicht ausschließlich Assistenzaufgaben und eine bedeutsame Rolle im Monitoring des Therapieverlaufs zugesprochen wird. In ihrem Handlungsfeld ist sie vielmehr hauptverantwortlich für die Ermittlung der Patienten- bzw. Krankheitsgeschichte und die Einschätzung von lebensstilbezogenen Faktoren, die das Schmerzerleben der Betroffenen, die Umsetzung von Therapiemaßnahmen im Alltag und damit ihre Wirksamkeit wesentlich beeinflussen können. Entsprechend liegt in ihrem Handlungsbereich auch die Durchführung hierauf bezogener, edukativer Interventionen.
- Im Zuständigkeitsbereich der **Psychologie** liegt die Ermittlung und Evaluation des psychosozialen Befindens, von Persönlichkeitsmerkmalen, sozialer Unterstützung, motivationaler Aspekte und von psychosozialen Bewältigungsressourcen, die für die Behandlungsplanung bedeutsam sind, sowie die Durchführung entsprechender therapeutischer Interventionen.
- Der **Physiotherapie** obliegt die Durchführung eines umfassenden muskuloskeletalen Assessments, einschließlich der Ermittlung von Bewegungs- und Handlungsveränderungen, des Mobilitätsgrades und der Sensorik, von Reflexen und neurologischen Indikatoren als Informationsgrundlage für ein speziell auf die Problemlagen der Betroffenen zugeschnittenes, physiotherapeutisches Therapieprogramm, das möglichst alle körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen angehen sollte.
- Der **Ergotherapie** obliegt primär eine auf die funktionalen Tätigkeiten der Alltagsbewältigung fokussierte Evaluation von Funktionsstatus und

körperlicher Leistungsfähigkeit, vor und nach dem Therapieprogramm, im Sinne des Monitorings entsprechender funktionaler Aktivitäten. Sie fungiert zumeist als Vermittlungsinstanz zwischen Arbeitgeber und den Patientinnen bzw. Patienten. Insbesondere nach (Arbeits-)Unfällen unterstützt sie die Konzeption einer behindertengerechten Arbeitsplatzgestaltung, um eine Rückkehr in das Berufsleben zu ermöglichen.

- Als **Case Manager für die Rehabilitation von Menschen mit Behinderungen** („Medical Disability Case Manager“) fungieren ErgotherapeutInnen oder speziell ausgebildete pflegerische Rehabilitationsfachkräfte (Rehabilitation Nurses). Ihre Rolle umfasst schwerpunktmäßig die Förderung und das Monitoring der beruflichen und sozialen Wiedereingliederung im Verlauf und nach Abschluss des Therapieprogramms, einschließlich der Entwicklung und Erschließung beruflicher Perspektiven sowie der Unterstützung bei sozioökonomischen Problemen (Gatchel/Turk 1999, 438ff).

Im Vergleich dazu nimmt die Pflege in den bundesdeutschen Schmerzambulanzen und stationären Schmerzzentren eine marginale Rolle ein. So wird in der Beschreibung des Aufgabenprofils der Pflege in der Schmerzambulanz von Thomm und Meuser (1994) primär eine auf das medizinische Behandlungsprogramm ausgerichtete Koordinations- und Assistenzfunktion deutlich. Neben klassischen Aufgaben der Funktionspflege (z.B. Vorbereitung und Assistenz bei invasiven, diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen) und der Behandlungskoordination wird ihr zwar eine Anleitungsfunktion für die Patientinnen und Patienten zugeschrieben, etwa mit Blick auf die Beantwortung des umfangreichen Schmerzanamnesebogens und die etwaige Führung eines Schmerztagebuchs. Auch wird ihre Mittlerfunktion zwischen den Patientinnen bzw. Patienten, ihren Bezugspersonen und den behandelnden Therapeutinnen bzw. Therapeuten hervorgehoben. Das Tätigkeitsprofil trägt jedoch eher die Züge einer Zuarbeit für die Medizin und Psychologie. Ein eigenständiger, inhaltlicher Beitrag im Sinne des von Gatchel und Turk (1999, 438f) beschriebenen Assessments lebensstilbezogener Bedingungsfaktoren des Schmerzgeschehens und hierauf bezogener Interventionen, sprich auch gezielter edukativer Funktionen, findet sich hier nicht. Allenfalls im Ansatz ist die von Gatchel und Turk (1999, 439) hervorgehobene Mittlerfunktion zur Bewerkstelligung der Integration der Inhalte interdisziplinärer Therapieprogramme in den Alltag, die eine gezielte Förderung der Selbstpflegeressourcen der Betroffenen impliziert, zu finden. In Orientierung an angloamerikanische Pflegekonzepte sieht Osterbrink (1998) die Aufgabe der Pflege im Rahmen einer interdisziplinären Schmerztherapie in der Onkologie darin, „eine dynamische Beziehung zwischen den Patienten, seinen Angehörigen und den Beteiligten des therapeutischen Teams aufzubauen, mit dem Ziel, diese gegenseitigen Beziehungen innerhalb einer unterstützenden Umgebung wirksam sicherzustellen und um fachkundige Pflege und angemessene Schmerzbewältigungsstrategien für die Patienten zu erreichen.“ (Osterbrink 1998, 114, vgl. a. Kränzle 2001).

Mit Blick auf die Rolle der Pflege in der Schmerztherapie sei hier ferner angemerkt, dass in den USA, dem Land mit der längsten akademischen Pflege-tradition, Pflegeexpertinnen und -experten nicht nur als Zielgruppe und Mitwirkende in interdisziplinäre Schmerztherapieprogramme und Forschungs-

projekte eingebunden sind, sondern diese teilweise auch leiten.³⁵ Von der Pflege werden spezielle Schulungsprogramme zur Tumorschmerztherapie für die Patientinnen und Patienten und pflegende Angehörige entwickelt (vgl. Rimer et al. 1992, Ferrell et al. 1995, 1998). Professionelle Pflegeorganisationen, wie die Oncology Nursing Society, haben Richtlinien für die Schmerzbehandlung herausgegeben (Spross 1990). Bei der Erarbeitung nationaler "Guidelines" für die Tumorschmerztherapie, wie der "Clinical Practice Guidelines" der "Agency for Health Care Policy and Research", hatten neben ausgewiesenen Expertinnen und Experten aus der Medizin auch solche aus der Pflege eine federführende Rolle inne (Jacox et al. 1994a,b).

4.1.3 Entwicklung der Infrastruktur an palliativen Versorgungsangeboten

Fundierte wissenschaftliche Arbeiten zur Versorgungsforschung im Palliativbereich liegen nach den Ergebnissen der vorliegenden Recherche zur bundesdeutschen Situation bisher nicht vor. Annähernd valide Anhaltszahlen für die Bedarfsabschätzung an palliativen Versorgungskapazitäten sind für die Bundesrepublik ebenfalls nicht verfügbar (Nauck 2001, 361). Selbst die Datengrundlage zum bestehenden Versorgungsangebot ist eher vage. Wie im Fall der Schmerztherapie sind palliative Versorgungsangebote bisher in den periodisch erscheinenden Veröffentlichungen der amtlichen Statistik zum Sozial- und Gesundheitswesen nicht gesondert ausgewiesen. Dies gilt nicht nur für Hospizinitiativen, sondern auch für den Nachweis stationärer Palliativabteilungen bzw. von Palliativbetten in den Akutkliniken (vgl. z.B. BMG 1999, DKG 2000). Informationen über Hospizinitiativen und palliative Versorgungsangebote bietet der seit 1993 im etwa zweijährigen Turnus von der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, der Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und der DGSS herausgegebene Hospizführer, der Ende 1999 in der 4. Auflage erschienen ist (s. Sabatovski et al. 1999).

Bei den bestehenden Versorgungsangeboten handelt sich um zumeist in Orientierung an Vorbildern aus dem angloamerikanischen Raum und, insbesondere Großbritannien aus regionalen bzw. lokalen Hospizinitiativen hervorgegangene Dienste (s.a. Wiedemann 1994). Sie stehen zum Teil in der Tradition der Bürgerbewegung. Entsprechend stark ist nicht nur in den niederschweligen Betreuungsangeboten das Element des ehrenamtlichen, bürgerlichen Engagements ausgeprägt. Im anglo-amerikanischen Raum etablierte sich die Hospizbewegung und „palliative care“ zumindest in der Entstehungsphase als bürgerliche Protestbewegung im Sinne der Suche nach Alternativen zu der sich für die Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen zunehmend als unzureichend und „inhuman“ erweisenden, am akutmedizinischen Paradigma orientierten Versorgungspraxis im Bereich der somatischen Akutkliniken. Ihr schloss sich eher „reaktiv“ die Entwicklung der Palliativmedizin an (s.a. Forman 1998). Demgegenüber ist in der bundesdeutschen Entwicklung palliativer Versorgungsstrukturen - analog zur generellen Arztdominanz im Gesundheitssystem - relativ früh eine gewisse Dominanz der Palliativmedizin zu verzeichnen. Sie ist, so steht zu vermuten, auch durch die im Vergleich zur angloamerikanischen Entwicklung auch späte

³⁵ Allerdings plädieren Vines et al. (1996) für eine aktivere Rolle der Pflege auf der konzeptionell-evaluativen Ebene und bemängeln selbst für die USA fehlende Studien über den speziellen Beitrag der Pflege im multidisziplinären Team und ein häufiges Verharren der Pflegenden in Koordinationsaufgaben.

Etablierung der Hospizbewegung bedingt. In Großbritannien wurde mit dem Londoner St. Christopher's Hospice 1967 das erste stationäre Hospiz durch Cicely Saunders gegründet³⁶. Es wurde bereits zwei Jahre später durch einen Hausbetreuungsdienst erweitert (Johnston 1999, 6). Demgegenüber wurde in den alten Bundesländern die erste Station für „Palliative Therapie“ 1983 mit Unterstützung der deutschen Krebshilfe an der Chirurgischen Universitätsklinik in Köln eingerichtet. Erst drei Jahre später folgte die Gründung des ersten stationären Hospizes in Aachen. Noch 1990 existierten bundesweit nur drei klinikangebundene Palliativstationen und drei stationäre Hospize (Huseboe/Klaschik 1998, 7, Nauck 2001, 361).

Nach den Empfehlungen der WHO (1990, 16f) sollten Palliativzentren bzw. umfassende Palliative Care Programme häusliche Versorgungsangebote, einschließlich einer qualifizierten Palliativpflege, einen Beratungsservice für die Betroffenen und ihre Bezugspersonen, Angebote für Tagespflege und vollstationäre Versorgung sowie spezielle psychosoziale Unterstützungsangebote für Trauernde (sog. „Bereavement Support“) umfassen. Die Umsetzung entsprechend umfassender palliativer Versorgungskonzepte ist in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft bislang allenfalls in einigen wenigen Zentren auszumachen. Beispielhaft sei hier verwiesen auf das Palliativ Zentrum an Malteser Krankenhaus in Bonn, das von der Deutschen Krebshilfe gegründete Mildred Scheel Haus an der chirurgischen Klinik der Universität in Köln und das Paul-Lechler Klinikum in Tübingen verwiesen, die jeweils über eine Palliativstation innerhalb des Krankenhauses und spezielle Dienste für die Sicherstellung von Palliativpflege im häuslichen Setting verfügen.

Mit Blick auf die Umsetzung der Hospizidee und das jeweilige Unterstützungs- und Versorgungsangebot unterscheiden Sabatovki et al (2000) zwischen Hospizinitiativen, der ambulanten Hospizdiensten und speziellen Wohneinrichtungen für Aids-Kranke, ambulanten Palliativdiensten, stationären Hospizen und Tageshospizen sowie den an akutkliniken angesiedelten Palliativstationen. Eine Kategorisierung, die allerdings gewisse Unstimmigkeiten bzw. Überschneidungen aufweist (z.B. die explizite Differenzierung zwischen „stationärem Hospiz“ und „Wohneinrichtung für Aids-Kranke“). Klare Definitionen oder gar verbindliche Unterscheidungskriterien gibt es bislang nicht. Da auf der Grundlage der genannten Differenzierung die einzig verfügbaren Informationen zum palliativen Versorgungsangebot beruhen, sollen ihr zugrundegelegten Definitionen der Einrichtungstypen kurz referiert werden. Sabatovski et al. (2000, 20ff) beschreiben die in der Bundesrepublik bestehenden Hospiz- und Palliativeinrichtungen bezogen auf die Zielgruppe, den Aufgabenschwerpunkt und Strukturmerkmale (z.B. personelle Struktur und institutionelle Anbindung), wie in der folgenden Übersicht dargestellt:

Hospizinitiativen widmen sich demnach auf einer ehrenamtlichen Basis der Umsetzung der Hospizidee und leisten hierfür Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit. Eine strukturell abgesicherte Patientenbetreuung kann nicht angeboten werden.

³⁶ Die Gründung des ersten Hospizes in England durch Cicely Saunders, die über eine Ausbildung als Pflegefachkraft, Sozialarbeiterin und Ärztin verfügte, erfolgte 20 Jahre vor der Anerkennung der Palliativmedizin als eigenständige, medizinische Fachdisziplin 1987 (Hospizführer 97, 16). Einen Überblick zur Entwicklung von Palliative Care im anglo-amerikanischen Raum bieten Forman (1998) und Johnston (1999, 6ff).

Ambulante Hospizdienste unterstützen ebenfalls auf der Grundlage von ehrenamtlichem Engagement die Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Menschen und ihrer Familien im häuslichen Umfeld, in Pflegeeinrichtungen und/oder Hospizen. Sie begleiten die Betroffenen und ihre Angehörigen in der Auseinandersetzung mit der Erkrankung und Schmerz- bzw. Symptombelastungen, mit Abschied und Trauer, und arbeiten idealiter in enger Kooperation mit professionellen ambulanten Diensten der Gesundheitsversorgung zusammen. Die ehrenamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter übernehmen Sitzwachen, vermitteln Informationen und Ansprechpartner zu Fragen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, unterstützen und beraten Betroffene und deren Angehörige bei behördlichen Fragen und stehen oftmals auch über den Tod hinaus mit den Angehörigen in Kontakt. Personell werden ambulante Hospizdienste zuweilen durch eine hauptamtliche Koordinierungskraft geleitet, deren Hauptaufgabe in der Gewinnung, Befähigung und Koordination des Einsatzes der ehrenamtlichen Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen sowie der Vernetzung von ehrenamtlichen Aktivitäten mit anderen (Gesundheits-)Diensten besteht.

Wohneinrichtungen für AIDS-Kranke sind klinikunabhängige, auf die Betreuung von Menschen mit Aids spezialisierte Einrichtungen. In ihnen werden auch schwerstkranken und sterbende Menschen im weit fortgeschrittenen Krankheitsstadium betreut, für die das Verbleiben in der häuslichen Umgebung nicht möglich ist und die keiner stationären Krankenhausbehandlung bedürfen. Im Vordergrund steht die psychosoziale und palliative Betreuung. Die ärztliche Betreuung erfolgt über die behandelnden, niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte der Betroffenen. Personelle Voraussetzung ist die Ausstattung mit hauptamtlichem Stammpersonal, das aus dem Bereich der Sozialarbeit, teilweise auch der Pflege rekrutiert und unterstützt wird durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ambulante Palliativdienste sind spezialisierte Einrichtungen, die in Kooperation mit anderen ambulanten Diensten schwerstkranken und sterbende Menschen im fortgeschrittenen Stadium letaler Erkrankungen mit hoher Symptombelastung betreuen, die keiner akutklinischen Behandlung bedürfen und für die eine Betreuung im häuslichen Umfeld möglich ist. Aufgabenschwerpunkte sind die Überwachung der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, bei Bedarf die Übernahme spezieller palliativpflegerischer Maßnahmen (schwierige Verbandswechsel, Umgang mit PCA-Systemen, wie Morphinpumpen etc.), die Anleitung, Beratung und Unterstützung von Angehörigen bei medizinisch-pflegerischen Tätigkeiten, die psychosoziale Begleitung der Betroffenen und ihrer Angehörigen und Hilfe bei der Bewältigung des Krankheits- und Sterbeprozesses und von Trauerarbeit sowie sozialrechtliche Beratung und Hilfestellung bei Behördengängen. Wesentlich ist die 24-stündige Erreichbarkeit. Die ambulanten Palliativdienste verstehen sich als Ergänzung bestehender Gesundheitsdienste im primären Sektor. Sie kooperieren mit den behandelnden niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten, mit Palliativstationen der Akutkliniken, schmerztherapeutischen Einrichtungen, stationären Hospizen und anderen stationären Einrichtungen (Akutkrankenhäuser, Pflegeeinrichtungen). Die pflegerische Grundversorgung wird in der Regel durch die Hauptbezugspersonen und ambulante Pflegedienste der Regelversorgung sichergestellt. Personelle Voraussetzung ist ein palliativ ge-

schultes, hauptamtliches (Pflege-)Team, das ergänzt wird durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Tageshospize sind in der Regel einem stationären Hospiz angegliedert, seltener handelt es sich um eigenständige Einrichtungen. Ihr Aufgabenspektrum umfasst gleichermaßen die palliative Betreuung und psychosoziale Begleitung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen. Im Zentrum steht hier zumeist die zeitweise Entlastung der betreuenden Bezugspersonen, um den Patientinnen und Patienten ein möglichst langes Verbleiben im häuslichen Umfeld zu ermöglichen. Die ärztliche Betreuung erfolgt überwiegend durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Personelle Voraussetzung ist ein palliativ geschultes, hauptamtliches (Pflege-)Team, das unterstützt wird durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Stationäre Hospize sind in der Regel eigenständige Einrichtungen, in denen schwerstkranke, symptombelastete Menschen mit einer inkurablen Erkrankung im fortgeschrittenen Krankheitsstadium und zumeist begrenzter Lebenserwartung betreut werden, die keiner klinischen Behandlung bedürfen und für die eine Betreuung im häuslichen Umfeld nicht oder nicht mehr möglich ist. Der Schwerpunkt der Versorgungsleistungen liegt in der Überwachung von Schmerztherapie und Symptomkontrolle, sowie auf der palliativpflegerischen, psychosozialen und spirituellen Betreuung. Personelle Voraussetzung ist palliativ geschultes, hauptamtliches Personal, das ergänzt wird durch ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch hier wird die ärztliche Versorgung überwiegend durch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sichergestellt, worin sich die Einrichtungen z.T. von denen im Ausland, insbesondere in Großbritannien, unterscheiden.

Palliativstationen sind eigenständige, palliativmedizinische Stationen in Akutkrankenhäusern oder in Anbindung an medizinische Fachabteilungen (z.B. Onkologie, Anästhesie, Chirurgie) eingerichtete Pflegebereiche, die sich auf die Betreuung von schwerkranken, schmerz- bzw. symptombelasteten Patientinnen und Patienten spezialisiert haben, die oftmals auch aufgrund einer hohen psychosozialen Belastung einer Klinikbehandlung bedürfen. Die Realisierung eines ganzheitlichen, palliativen Behandlungsansatzes zur möglichst weitgehenden Schmerz- und Symptomlinderung setzt eine kompetente, ärztliche und pflegerische Betreuung in enger Kooperation mit Seelsorge, Sozialarbeit, Psychologie und anderen Berufsgruppen voraus. Ziel ist es, durch die Einleitung einer adäquaten Symptomkontrolle die Entlassung der Betroffenen in die häusliche Umgebung zu ermöglichen. Personelle Voraussetzung ist ein entsprechend qualifiziertes Behandlungsteam, eine 24-stündige ärztliche Präsenz und idealerweise ein Personalschlüssel im Pflegebereich von 1,4 Pflegefachkräften je Patient.

In der Bundesrepublik wurde, wie oben bereits angemerkt, 1983 die erste klinikangebundene Station für „Palliative Therapie“ eingerichtet, der 1986 ein Hausbetreuungsdienst angegliedert wurde (Schmalenberg 1991). Ebenfalls 1986 erfolgte die Gründung des ersten Hospizes. 1990 existierten bundesweit drei klinische Palliativstationen und drei Hospize (Huseboe/Klaschik 1998, 7, Nauck 2001, 361) In einem Programm des Bundesgesundheitsministeriums zur Verbesserung der Versorgung von krebserkrankten Menschen wurde 1991 bis 1995 die Einrichtung von 16 Palliativstationen modellhaft gefördert,

darunter fünf in den neuen Bundesländern (Aufderheide 1998, BMG et al. 1997).

Für die folgende Jahre kann ein zwar nur langsamer, jedoch stetiger Ausbau palliativer Versorgungsangebote konstatiert werden. Anfang 1997 existierten bundesweit 71 stationäre, palliative Einrichtungen mit insgesamt 624 Betten und 12 Tagesplätzen. Von 329 ambulanten Hospizdiensten wurden etwa 13.700 Patientinnen und Patienten im häuslichen Umfeld betreut. Ferner bestanden 69 Hospizinitiativen, die zum derzeitigen Zeitpunkt noch keine Betreuungsarbeit aufgenommen hatten. Allerdings waren im englisch-irischen Hospice Directory Anfang 1997 allein 223 stationäre Hospize mit 3.253 Betten nachgewiesen (Hospiz-Führer '97, 16).

Tabelle 4.0 Palliative Versorgungsstruktur in der BRD (1999)

Bundesland	Stationäre Palliativ-einrichtung	Stationäre Hospize	Wohneinrichtungen für HIV/AIDS-Patienten	Ambulante Hospizdienste/-einrichtungen
Schleswig-Holstein	4	2	-	23
Hamburg	2	3	-	7
Bremen	1	-	-	9
Niedersachsen	4	7	-	64
NRW	15	37	5	160
Hessen	3	4	-	49
Rheinland-Pfalz	5	2	-	35
Saarland	1	1	-	7
Baden-Württemberg	1	7	3	101
Bayern	4	5	3	78
Berlin	5	2	-	22
Mecklenburg-Vorpommern	1	1	-	4
Brandenburg	1	2	-	5
Sachsen-Anhalt	4	2	-	3
Thüringen	1	-	-	7
Sachsen	5	2	-	7
Insgesamt (davon nach 04/99 eröffnet)	57 (7)	77 (13)	11	581

Quelle: Sabatovski et al. (1999, 11)

Bis Mitte 1999 hatte sich die Anzahl der stationären Palliativeinrichtungen mit 64 Hospizen und 50 klinischen Palliativstationen auf 114 und die Anzahl der ambulanten Hospizdienste auf insgesamt 581 erhöht (s. Tabelle 4.0).³⁷ Von den 1999 bestehenden 581 ambulanten Hospizdiensten boten

³⁷ Wie bereits, angemerkt existieren für die Bundesrepublik keine validen Anhaltszahlen zum palliativen Versorgungsbedarf. Auch die Schätzwerte aus Großbritannien, auf die Nauck (2001, 361) verweist, sind mit 15 bis 50 Betten/1 Mio. Einwohner eher vage. In der wissenschaftlichen Begleitstudie zur Einrichtung von „Palliativeinheiten im Rahmen des Modellprogramms zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker“ wurde allein für die Sicherstellung einer adäquaten palliativen Versorgung von „austherapierten“ tumorkranken Menschen die Vorhaltung von 75, bzw. mindestens 50 Betten pro 1 Mio. Einwohner, bzw. eine 10-Betten-Station je (Akut-)Krankenhaus mit einem Einzugsbereich von 200.000 Einwohner/innen empfohlen (BMG et al. 1997, 256).

bundesweit 106 Dienste eine qualifizierte Palliativpflege, 148 Anleitung und Beratung in medizinisch-pflegerischen Fragen und 150 das Monitoring von Schmerz- und Symptomkontrollen an (s. Tabelle 4.1).

Eine nach Bundesländern differenzierte Betrachtung der Versorgungsstruktur zeigt, dass in Nordrhein-Westfalen nicht nur die ersten Palliativstationen und Hospize in der Bundesrepublik etabliert wurden. Das Bundesland spielt mit rund einem Viertel aller bundesweit bestehenden ambulanten Palliativdienste zudem im Ausbau ambulanter Versorgungsangebote eine Vorreiterrolle. Dies betrifft die ehrenamtlich getragenen Hospizdienste ebenso wie professionelle palliativpflegerische Einrichtungen im ambulanten und stationären Sektor (s. Tabelle 4.1). Des Weiteren wurden hier mit den in Bonn und Münster angesiedelten „Ansprechstellen im Land NRW zur Pflege Sterbender, Hospizarbeit und Angehörigenarbeit (ALPHA)“ wichtige, strukturelle Ressourcen zur Unterstützung regionaler Hospizinitiativen geschaffen (Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen 1998).

Tabelle 4.1: Betreuungsspektrum der ambulanten Hospizdienste und -initiativen in der BRD (1999)

Versorgungsangebot	bundesweit	darunter in NRW
(1) Überwachung von Schmerztherapie und Symptomkontrolle (in Zusammenarbeit mit Hausärzten)	150	36
(2) Palliativpflegerische Maßnahmen	106	25
(3) Anleitung/Beratung von Angehörigen bei medizinisch-pflegerischen Maßnahmen	148	29
(4) Psychosoziale Begleitung der Patienten und ihrer Angehörigen/Bezugspersonen	517	140
(5) Hilfe bei der Bewältigung des Krankheits- und Sterbeprozesses	270	84
(6) Besuchsdienst (Gespräche, Gesellschaft leisten)	479	142
(7) <i>Regelmäßige</i> Grund- und Behandlungspflege	68	15
(8) <i>In Ausnahmefällen</i> Grund-/Behandlungspflege	71	15
(9) Tag- und Nachtwachen	339	95
(10) Telefonische Erreichbarkeit rund um die Uhr	289	74
(11) Trauerbegleitung und Angebot von Trauergruppen	366	118
(12) Zur Zeit (noch) keine Patientenbetreuung	23	9

Quelle: Sabatovski et al. (1999, 101-164, eigene Zusammenfassung der dort aufgeführten Leistungsangaben der einzelnen Hospizdienste/-initiativen)

Auch eine 1999 von der Hospizhilfe durchgeführte, bundesweite Umfrage zum Leistungsangebot der Hospizdienste, an der sich 800 Dienste beteiligten, lässt einen zuvorderst auf der Ebene der psychosozialen Begleitung liegenden Aufgabenschwerpunkte erkennen. Neben der im Zentrum stehenden Sterbebegleitung bieten sie nach den hier ermittelten Daten zu 81 Prozent psychosoziale Betreuung und zu 88 Prozent Trauerbegleitung für Angehörige an. Der Anteil der Dienste, die Hilfen im Haushalt bereitstellen, liegt mit 38 Prozent deutlich niedriger. Etwa 18 Prozent der Dienste bieten den Betroffenen und ihren Angehörigen Unterstützung in Form von Selbsthilfe-

gruppen. 70 Prozent der Hospizdienste kooperieren nach dieser Selbstauskunft mit Kliniken und nur knapp ein Drittel mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. In den 800 Hospizdiensten engagieren sich 16 000 ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Insgesamt wurden in dem Zeitraum von Mitte 1998 bis Mitte 1999 etwa 25 000 sterbende Menschen zu Hause betreut und zwar durchschnittlich über einen Zeitraum von 59 Tagen. In den stationären Hospizen verstarben in diesem Zeitraum rund 4 600 Menschen, die Betreuungsdauer betrug hier im Mittel rund 38 Tage (Erste Statistik: Hospize 2000). Die vorgelegten Daten unterstreichen allerdings auch, dass eine palliativpflegerische Versorgung, die schwerstkranken und symptombelasteten Menschen ein Verbleiben in der häuslichen Umgebung ermöglicht, bisher nur von wenigen ambulanten Hospizdiensten gewährleistet werden kann, zumal es offenbar auch hier an einer ausreichenden Kooperation mit der Medizin im primären Sektor mangelt.

4.1.4 Ambulante Palliativdienste als „Centers of Excellence“

In der Palliativversorgung, sei es im akutklinischen, palliativmedizinischen Kontext, im stationären oder ambulanten Hospizbereich, nimmt die Pflege eine tragende Rolle ein. Und zwar nicht nur im Assessment, in der Einleitung, Durchführung und im Monitoring von Maßnahmen der Symptomkontrolle. Es finden sich vielmehr auch Modelle einer qualifizierten, begleitenden Information und Anleitung für symptombelastete Patientinnen und Patienten sowie ihrer Bezugs- bzw. Hauptpflegepersonen im ambulanten Sektor.

Von besonderem Interesse sind mit Blick auf die hier im Vordergrund stehenden Fragen der Edukationsbedarfe von Menschen, die aufgrund progredienter Erkrankungen an anhaltenden oder rekurrierenden Schmerzen leiden, die ambulanten Palliativdienste. Wie die auf die Betreuung von Menschen mit Aids spezialisierten Pflegedienste (Schaeffer/Moers 1995, Ewers 1998) erscheinen sie als innovative Versorgungsmodelle für schwerstkranken Menschen, mit einer auf das Symptommanagement fokussierten Beratungs- und Anleitungskomponente. Sie knüpfen - wie die Hospizbewegung (s. Wiedemann 1994) - teilweise explizit oder implizit vorrangig an Modelle aus Großbritannien an. Allerdings handelt es sich bisher fast ausschließlich um Einrichtungen, die außerhalb der Regelfinanzierung der Kranken- und Pflegeversicherung operieren. Sie werden zum Teil über Spenden, auf der Grundlage von jeweils individuell mit den Kranken-/Pflegekassen auszuhandelnden Sondervereinbarungen, und/oder durch Zuschüsse auf Landes- oder Trägerebene finanziert. In der Konsequenz heißt dies, dass sie nur für einen sehr begrenzten Kreis von Betroffenen zur Verfügung stehen und strukturell weder im Gesundheitssystem verankert noch in ihrem Bestand langfristig gesichert sind, auch wenn sie teilweise als Modellprojekte im Rahmen des Förderprogramms des Bundesgesundheitsministeriums zur Verbesserung der schmerztherapeutischen und palliativen Versorgung von tumorranken Menschen (BMG 1997, 1998) eingerichtet wurden.

In Orientierung an dem Konzept der Macmillan Nurse in Großbritannien (Johnston 1999, 6ff) verstehen sie sich primär als Ergänzung der bestehenden Versorgungsangebote (vgl. z.B. Diemer 2000b, Gasper-Paetz 1996, Kern 1999). Palliative Versorgung wird hier verstanden als ein umfassendes Betreuungskonzept für schwerstkranken und sterbende Menschen, im Vorder-

grund steht die Erzielung eines höchstmöglichen Maßes an Lebensqualität für die verbleibende Lebenszeit (s.a. Huseboe/Klaschik 1998). Hierfür wird entsprechend dem Palliativ Care Konzept der WHO (1990) neben einer effektiven Schmerztherapie und Symptomkontrolle die Integration psychischer, sozialer und spiritueller Bedürfnisse der Betroffenen und ihrer Angehörigen in die Betreuung gleichermaßen als zentral angesehen. Zielgruppe sind überwiegend Menschen mit Tumorerkrankungen im fortgeschrittenen, zumeist finalen Stadium, die unter Symptomen wie Schmerzen, Übelkeit, Erbrechen und Dyspnoe leiden und aufgrund besonderer pflegerischer, psychischer und/oder sozialer Probleme einer speziellen Betreuung bedürfen.

Die Aufgaben der ambulanten Palliativdienste umfassen entsprechend palliativpflegerische Information und Anleitung, Betreuung und Unterstützung der Betroffenen und ihrer betreuenden Bezugspersonen (Lebenspartner, Angehörige, Freunde) sowie der an der Versorgung beteiligten professionellen Akteure im primären und sekundären Sektor. Hinsichtlich der Teamstruktur haben sich in der bundesdeutschen Versorgungslandschaft zwei Typen ambulanter Palliativdienste herausgebildet:

(1) Die Teamstruktur der britischen Vorbilder, wie der MacMillan Nurse, folgenden *ambulanten Palliativpflegedienste* besteht im Kern aus Krankenpflegekräften, die zum Teil unterstützt werden durch Mitarbeiterinnen bzw. Mitarbeiter aus dem Bereich der Sozialarbeit, der Psychologie oder der Seelsorge. Zumeist sind ehrenamtliche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nach dem Muster der Hospizdienste in das Team eingebunden. Die medizinische Beratung zu Fragen der Tumorschmerztherapie und Symptomkontrolle wird entweder durch Ärztinnen bzw. Ärzte aus dem Bereich der Schmerztherapie bzw. Anästhesie, der Palliativmedizin oder der Onkologie des assoziierten Krankenhauses sichergestellt, so im Fall des Hausbetreuungsdienstes der Palliativstation an der Universitätsklinik in Köln, des ambulanten Palliativdienstes des Zentrums für Palliativmedizin am Malteser Krankenhaus in Bonn (vgl. z.B. Kern 1999) und des Ravensburger Modells „Home Care Interface“, ein palliativpflegerischer Hausbetreuungsdienst für Tumorkranke (Meuret/Jocham 1992, Meuret/Home Care Team 1997). Auch von den zumeist in Anbindung an onkologische Fachkliniken vor allem in Baden-Württemberg und in München seit Ende der achtziger Jahre etablierten onkologischen Brückenschwestern wird im Kern zumeist eine sektorenübergreifende, pflegerische und psychosoziale Begleitung im Sinne eines palliativpflegerischen Konsiliardienstes erbracht (Sommerfeldt et al. 1992).

(2) In *ambulanten Palliativ Care Diensten/Teams* ist demgegenüber die Medizin als tragende Disziplin eingebunden. Ihr obliegt in den im Rahmen des Förderprogramms des Bundesgesundheitsministeriums zur Verbesserung der Palliativversorgung und Schmerztherapie von Tumorkranken gegründeten palliativmedizinischen bzw. schmerztherapeutischen ambulanten Beratungsdiensten die Leitung. Gleichwohl hat die Pflege hier eine tragende Rolle auch mit Blick auf die Beratungsfunktion inne. Beispielhaft sei hier auf die folgenden, z.T. von der jeweiligen Landesärztekammer (mit-)getragenen Modellvorhaben verwiesen:

- Das im Kern aus einem Brückenarzt und einer Brückenschwester bestehende *Palliativteam der Tumorschmerzinitiative Mecklenburg-Vorpommern*, ein Modellprojekt der dortigen Landesärztekammer, ist an die Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie und Intensivmedizin

der Universität Greifswald angebunden.³⁸ Das Palliativteam unterstützt die beteiligten Einrichtungen bei der ambulanten und stationären Patientenbetreuung, etwa in Form gemeinsamer Hausbesuche mit dem behandelnden niedergelassenen Arzt und soll die Lücke zwischen stationärer ambulanter Versorgung schließen helfen. Die Arbeit des Palliativteams wird unterstützt durch eine ehrenamtliche Hospizhelfer-Gruppe des Diakonischen Werks in Greifswald. Angestrebt wird die Etablierung einer Palliativstation an der Universitätsklinik. Neben der Beratung und Kooperation mit professionellen Akteuren, insbesondere im Bereich der Primärversorgung (Hausärztinnen/-ärzte, ambulante Pflegedienste), werden gemeinsame Qualitätszirkel und Fortbildungen zur Schmerztherapie für im Klinikbereich tätige und niedergelassene Ärztinnen und Ärzte durchgeführt. Ferner wurde die Plattform für eine Internet-Konferenz eingerichtet, die als bundesweites Diskussionsforum für Ärztinnen/Ärzte und Pflegekräfte in ambulanten (Palliativ-) Diensten, Palliativstationen und Hospizen gedacht ist (Diemer 1998, Diemer 2000b, s.a. die Homepage der Krebschmerzinitiative: <http://www.uni-greifswald.de~krebsin/main.htm>).

- Das an der Universitätsklinik Göttingen angesiedelte Palliative Care Team bildet neben Qualitätszirkeln als Qualifizierungsforum das Kernstück des Modellprojektes der Landesärztekammer Niedersachsen *SUPPORT (Suedniedersächsisches Projekt zur Qualitätssicherung der palliativmedizinisch orientierten Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen)*. Das Team besteht aus schmerztherapeutisch ausgebildeten Ärztinnen und Ärzten und entsprechend schmerztherapeutisch und palliativpflegerisch qualifizierten Pflegekräften. Zur Gewährleistung einer speziellen, psychosozialen und spirituellen Betreuung wurde das Team unterstützt durch eine Seelsorgerin, deren Stelle zeitweise über Stiftungsgelder einer Fördereinrichtung der Evangelischen Landeskirche Hannover finanziert wurde (Ensink et al. 1998, s.a. die Homepage des SUPPORT-Projektes: <http://www.come.to/SUPPORT>).
- Das *Schmerztherapeutische ambulante Netzwerk (STAN)* der Region Köln hält von der Teamstruktur her medizinische, psychologische und pflegerische Beratungsangebote vor und entspricht in der Ausrichtung der Tätigkeit in etwa den bereits beschriebenen Projektinitiativen in Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen, ist jedoch nicht direkt als Modellprojekt der Landesärztekammer eingerichtet worden. Es wird gemeinsam von hauptamtlichen Medizinerinnen der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin sowie dem Institut und der Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universitätsklinik in Köln geleitet. Zu vermuten ist, dass angesichts der an der Kölner Universitätsklinik bereits seit Mitte der achtziger Jahre etablierten palliativen und schmerztherapeutischen Fachkompetenz (erste bundesdeutsche Palliativstation, incl. Hausbetreuungsdiensdt und etablierte Schmerzambulanz) eine Anbindung an die ärztliche Landesvertretung zur Sicherstellung der Akzeptanz im Bereich der ärztlichen Primärversorgung nicht in dieser Weise erforderlich war (s.a. Homepage des Projektes: <http://www.stan.medizin.uni-koeln.de>).

³⁸ Inwieweit die Psychologie in das Palliative Care Team der Krebschmerzinitiative Mecklenburg-Vorpommern eingebunden ist, ist unklar. Während in der auf der homepage zu findenden Projektschreibung Medizin, Pflege und Psychologie benannt werden, finden in Veröffentlichungen zu dem Projekt jeweils nur Medizin und Pflege (Brückendarzt/-schwester) in der Beschreibung der Teamstruktur Erwähnung (s. Diemer 1998, 2000b).

Unabhängig von der Teamzusammensetzung ist den ambulanten Palliativpflegediensten und den ärztlich geleiteten Palliativ Care Teams gemein, dass sie sich jeweils als Ergänzung des bestehenden regulären Versorgungsnetzes verstehen und für die Betroffenen 24 Stunden am Tag erreichbar sind. Die pflegerische Versorgung erfolgt weiterhin in der Verantwortung der Bezugspersonen und/oder ambulanter Pflegedienste. Entsprechend obliegt die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung den behandelnden (Haus-)Ärztinnen bzw. Ärzten. Im Zentrum steht zuvorderst die professionelle Begleitung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen durch die Bereitstellung der erforderlichen, umfassenden und fachkompetenten Information zu Fragen der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, einschließlich der Anleitung zur Durchführung hierauf bezogener spezieller pflegerischer Maßnahmen. Der Fokus der Pfllegetätigkeit liegt entsprechend auf den folgenden Bereichen:

- Schmerz-/Symptomkontrolle (Umgang mit/Verabreichung der Medikation, Symptomassessment/-dokumentation, Aufklärung und Beratung beim Auftreten von Symptomen)
- palliativpflegerische Maßnahmen (z.B. spezielle Körper- und Lagerungstechniken)
- Sensibilisierung der Angehörigen für mögliche Symptomlagen und Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten
- Beratung in sozialrechtlichen Fragen und Unterstützungsangebote
- psychosoziale Begleitung auch der Bezugspersonen zur frühzeitigen Prävention von Belastungen bzw. Überlastung (incl. Sensibilisierung zum Erkennen und Akzeptieren eigener Grenzen und Vermittlung von ehrenamtlichen Helferinnen oder Helfern)
- 24-stündige Erreichbarkeit (vgl. z.B. Kern 1999).

Einen Schwerpunkt der Pfllegetätigkeit bildet das Monitoring der Schmerztherapie und Symptomkontrolle zur Kompensation der in der Regelversorgung sowohl auf ärztlicher wie auch auf pflegerischer Seite weiterhin bestehenden Qualifikationsmängel und in der Regel eher geringen Erfahrung in Fragen der palliativen Versorgung. So konstatiert Kern (1999) einen enormen Nachholbedarf auf der Ebene der Aus- und Fortbildung im Bereich der Schmerztherapie und Symptomkontrolle, aber auch mit Blick auf spezielle Verbands- und Lagerungstechniken, Gesprächsführung mit Schwerstkranken und Sterbenden, sowie der Anleitung und begleitenden Beratung von pflegenden Bezugspersonen. Die Aufgaben ambulanter Palliativdienste im Kontext der Schmerz- und Symptomkontrolle umfassen im Einzelnen:

- die Anleitung zur oder Durchführung einer eingehenden Symptombeobachtung und -dokumentation und deren Verlaufskontrolle;
- die Einleitung und bei Bedarf auch Durchführung von speziellen Maßnahmen (z.B. Einsatz von Analgetika-Pumpen) und die bedarfsweise Änderung der Medikamentenapplikation in Absprache mit den behandelnden Ärztinnen bzw. Ärzten;
- der Klärung von Unklarheiten durch Rücksprache mit eingebundenen/ assoziierten, palliativmedizinisch qualifizierten Ärztinnen bzw. Ärzten;
- in besonderen Situationen auch die Übernahme der pflegerischen (Grund-)Versorgung, wenn beispielsweise eine spezielle Wundversorgung bei exulcerierenden Tumoren durch reguläre Pflegedienste nicht gewährleistet werden kann, oder vom Palliativdienst betreute Patientinnen und

Patienten kurz vor ihrem Tod pflegebedürftig werden, um in der letzten Lebensphase einen Wechsel professioneller Betreuungspersonen zu vermeiden (vgl. z.B. Kern 1999).

Hauptanliegen der ambulanten Palliativdienste ist es, den Blick der an der Betreuung beteiligten professionellen Akteure auf die vielfältigen Symptomlagen und daraus resultierende Probleme und Belastungen der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen zu lenken und auf die individuellen Bedarfe und Bedürfnisse zugeschnittene Handlungsstrategien zu entwickeln. Dies setzt eine enge Kooperation mit den behandelnden Ärztinnen und Ärzten und den an der Betreuung beteiligten Pflegediensten voraus. Schmerztherapiebezogene Versorgungsprobleme, in denen das Palliativ Team der Krebschmerzinitiative Mecklenburg Vorpommern initiativ wurde, bildeten beispielsweise:

- zu 46 Prozent Dosisanpassungen der Medikation (zumeist Erhöhung der Dosierung in Stufe II bzw. III der Schmerztherapie nach den WHO-Stufenschema);
- zu 16 Prozent medikamentöse Ersteinstellungen bei Tumorpatientinnen und -patienten, die zuvor keine Schmerztherapie erhielten;
- zu 16 Prozent die Umstellung von kurzwirksamen Injektionsbehandlungen (i.m./s.c.) auf eine langwirksame orale Schmerztherapie;
- zu fünf Prozent eine Behandlung aufgrund von unerwünschten Effekten der Schmerztherapie und zu drei Prozent Wechsel der Präparate, z.B. Opioidwechsel (Diemer 2000a, 20).

Einen der Hauptgründe für die vielfach insuffiziente Tumorschmerztherapie sieht auch Diemer (2000a, 20f) in der wenig stringenten Umsetzung der vergleichsweise einfachen Grundregeln des WHO-Stufenschemas für die Tumorschmerztherapie. Neben der Furcht vor dem Einsatz von Opioiden kommen hier nach den Erfahrungen des Autors jedoch auch strukturelle und finanzierungstechnische Aspekte zum Tragen:

- unter den Bedingungen der Budgetierung sollten die Kosten der Schmerzmedikamente als limitierender Faktor in der primärärztlichen Versorgung nicht unterschätzt werden;
- mit etwa zehn Stunden pro Schmerzpatientin bzw. Schmerzpatient pro Quartal gilt die palliative Patientenbetreuung in der Primärversorgung als relativ zeitaufwendig;
- da in allgemeinärztlichen Praxen im Durchschnitt weniger als fünf Tumorpatientinnen bzw. Tumorpatienten betreut werden, fehlt vielfach die Erfahrung auch im Umgang mit den verschiedenen galenischen Formen der in der Tumorschmerztherapie einzusetzenden Analgetika (z.B. retardierte Präparate, transdermale Applikation);
- das Angebot, aber auch die Nutzung palliativmedizinischer Weiterbildungsangebote ist unzureichend (Diemer 2000a, 20f).

Innerhalb der dreijährigen Modellphase wurden allein von dem Palliativteam der Tumorschmerzinitiative Mecklenburg-Vorpommern über 400 Patienten im Rahmen von über 4.500 Einsätzen betreut. Nach den auf dieser Grundlage von Diemer (2000a) ermittelten Anhaltswerten wären für eine entsprechend qualifizierte, flächendeckende rund-um-die-Uhr-Betreuung, die den Betroffenen vielfach ein Verbleiben in der häuslichen

Umgebung ermöglicht, mindestens drei entsprechende Palliativ-Teams pro 200.000 Einwohner erforderlich. Inwieweit ein entsprechender Ausbau dieser für die Sicherstellung der palliativen, häuslichen Versorgung zentralen Spezialdienste künftig erfolgen wird, erscheint allerdings fraglich, zumal selbst die Überführung der Modellprojekte oder über Sondermittel finanzierten Spezialdienste in die Regelfinanzierung bisher nicht sichergestellt ist.³⁹ Als neuerliches Hemmnis sind die im Sommer 2000 zwischen dem Bundesausschuss der Ärzte und den Krankenkassen vereinbarten neuen „Richtlinien zur Verordnung Häuslicher Krankenpflege“ einzustufen. Sie werden gerade von palliativmedizinischer Seite als zusätzlicher Hemmfaktor für die Realisierung einer palliativen, häuslichen Versorgung schwerstkranker und symptombelasteter Menschen kritisiert. In Ihnen wird der Arztvorbehalt der Injektion von Medikamenten, einschließlich von Dauerinfusionen, zementiert und damit deren Delegation an entsprechend qualifizierte Pflegekräfte auch abrechnungstechnisch erschwert. Die hier gleichermaßen wichtige spezielle Krankenbeobachtung, die in den Vereinbarungen den Begriff der Tag- und Nachtwachen ablöst, ist zwar im Prinzip weiterhin verordnungsfähig, die Voraussetzungen für die Bewilligung werden jedoch auch einem Bericht in der Ärzte Zeitung zufolge von den Krankenkassen restriktiv interpretiert und kaum mehr bewilligt (s. Richtlinien zur Häuslichen Krankenpflege 2000).

4.2 Probleme der Wissensdiffundierung und des Stellenwertes des Themas „Schmerz“ in der Ausbildung der Pflegeberufe

Probleme der Wissensdiffundierung in Ausbildung und Praxis stellen sich mit Blick auf das Symptom- und Schmerzmanagement offenbar in besonderer Schärfe. Selbst in der Forschungsliteratur aus den USA wird wiederholt bemängelt, dass die Versorgungspraxis trotz der erzielten Fortschritte in der Entwicklung der Schmerztherapie und zahlreicher Initiativen zur Verbesserung der Versorgungspraxis in der Gesundheitsversorgung weiterhin eklatante Mängel aufweist.

Die in verschiedenen Studien erfassten Barrieren, die auf der Ebene der professionellen Akteure einer adäquaten Schmerztherapie entgegenstehen, umfassen zuvorderst Aus- und Weiterbildungsdefizite. In einer breit angelegten Studie der Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) bekundeten nur 12 Prozent der in diesem Rahmen befragten Ärztinnen und Ärzte im Studium und 27 Prozent während ihrer Assistenzarztzeit eine exzellente bis gute Ausbildung in der Schmerztherapie erhalten zu haben. Auch von den in diesem Rahmen befragten über 600 Pflegekräften gab die überwiegende Anzahl an, nur ein marginales oder gar kein Schmerzmanagementtraining erhalten zu haben. Unzureichende Kenntnisse über Grundlagen des Schmerzassessments und -managements wurden denn auch von den Angehörigen beider Berufsgruppen als Hauptbarriere für eine optimale Versorgung schmerzbelasteter Menschen herausgestellt. Des weiteren konstatierten sie einen Mangel an unterstützenden, psychologischen und psychiatrischen

³⁹ Ergänzend sei hier auf den im Rahmen des Förderprogramms der Europäischen Gemeinschaft „Europa gegen den Krebs“ etablierten und von den Krankenkassen anerkannten palliativmedizinischen Konsiliardienst für Berliner Hausärzte („HomeCare Berlin“) verwiesen, der im Unterschied zu den genannten Initiativen ausschließlich von ärztlicher Seite getragen wird. Das Konzept entspricht weitgehend dem „ärztlichen Part“ des SUPPORT-Projektes und der Krebschmerzinitiative Mecklenburg Vorpommern (s. Schindler/Woskanjan 1999, 2000, Schindler et al. i.E.).

Diensten zur Realisierung des erforderlichen multidisziplinären Therapieansatzes (von Roenn et al. 1993).

Evaluationsstudien zu Edukationsprogrammen für die unterschiedlichen Gesundheitsdisziplinen zeigen, dass nachhaltige Effekte am ehesten durch eine interdisziplinäre Schulung von Multiplikatoren und die Etablierung von Netzwerken erzielbar sind. Bemerkenswert ist, dass Pflegekräften in den USA eine entscheidende Rolle als Multiplikatoren für die Veränderung der institutionellen Praxis des Schmerzmanagements zugeschrieben wird. Beispielhaft sei hier auf die Entwicklung des "Role Model Programs" der „Wisconsin Cancer Pain Initiative“ verwiesen (Weissman et al. 1993, Weissman/Griffie 1994, Weissman/Dahl 1995, Griffie/Weissman 1996, Weissman et al. 1997). An die dabei gewonnenen Erfahrungen knüpft auch das "Network Project" des Memorial Sloan-Kettering Centers am Memorial Hospital in New York an, in dem Pflegenden gleichfalls eine entscheidende Rolle als "Change Agents" zukommt (Breitbart et al. 1998b). Die in verschiedenen Studien in den USA ermittelten Barrieren, die es bei der Implementation von Maßnahmen zur Verbesserung der Schmerzversorgung auf institutioneller und Akteursebene zu überwinden gilt, sind vielfältig, und im Kern auch auf die bundesdeutsche Situation übertragbar. Hervorzuheben sind hier die folgenden Aspekte:

- die eher zögerliche Institutionalisierung von Schmerztherapie und Palliativ Care, die in Deutschland auch im internationalen Vergleich erst spät einsetzte, mit entsprechenden Defiziten auf der Ebene der Lehre bzw. Grundausbildung der Gesundheitsdisziplinen;
- unzureichende Kenntnisse der Professionellen bezüglich einer effektiven Analgesie wie auch hinsichtlich der Anwendung alternativer Verfahren des Schmerzmanagements in der Regelversorgung;
- durch Wissensdefizite begünstigte Aufrechterhaltung sog. Morphin-Mythen, insbesondere Befürchtungen der Suchtgefahr beim Rückgriff auf Opioide, entgegen vorliegender gegenteiliger Befunde, wonach die Gefahr der Entwicklung einer psychischen Abhängigkeit mit schätzungsweise nur einem Prozent bei Opioidgabe im Rahmen der Schmerztherapie vernachlässigbar ist, verglichen mit anderen Pharmazeutika sind hier Befürchtungen bezüglich potentieller, unerwünschter Therapieeffekte offenbar besonders ausgeprägt (Twycross 1990,72)⁴⁰;
- die Betäubungsmittel-Gesetzgebung als zusätzlicher Hemmfaktor für eine adäquate Versorgung von schmerzkranken Menschen mit Opioiden; neben bürokratischen Auflagen der Verordnung ist als diskriminierender Faktor der Umstand in Betracht zu ziehen, dass die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtM-VV 1993) nicht allein den medizinisch begründeten Opioid Einsatz reguliert, sondern zugleich als Instrument im Kampf gegen den „illegalen“ Konsum dienen soll (Strumpf/Zenz 1993, 286ff, s.a. Weissmann 1993)⁴¹;

⁴⁰ Hier ist allerdings zu berücksichtigen, dass sich die diesbezüglichen Angaben primär auf Erfahrungen im Rahmen der Tumorschmerztherapie stützen, nach Klinger und Maier (1999) sind die Untersuchungszeiträume der Studien von etwa fünf Jahren zu kurz, um definitive Aussagen über Langzeitwirkung einer Opioidtherapie bei sog. nicht-malignen, chronischen Schmerzen zu machen.

⁴¹ Wie u.a. Potthoff et al. (1998,1) aufzeigen, sind nach der Novellierung der gesetzlichen Regelungen durch die Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung (BtM-VV) von 1993 die Verbrauchszahlen für Opioide bundesweit zwar deutlich gestiegen, die Versorgungssituation von tumorschmerzkranken Menschen aber weiterhin defizitär. Auch ist es nach Einschätzung der Autoren fragwürdig, ob durch eine weitere Liberalisierung der Verordnung hochpotenter Opioide eine Verbesserung der Schmerztherapie erzielbar ist. Vielmehr erscheint die breite Etablierung einer interdisziplinären Schmerz-

- die weiterhin zu verzeichnende Dominanz der somatisch ausgerichteten und am akutmedizinischen Paradigma orientierten Schulmedizin verstellt in Verbindung mit einer primär im akutklinischen Setting stattfindenden praktischen Ausbildung der Gesundheitsdisziplinen den Blick für sozio-psycho-somatische Aspekte von Gesundheit und leistet der primären Betrachtung von Schmerz als Symptom Vorschub. Chronischen Schmerzen, die einer Kausaltherapie nicht oder nicht mehr zugänglich sind, steht eine somatisch orientierte Akutmedizin eher hilflos gegenüber, zumal die erforderliche Fachkompetenz im Umgang mit Schmerz als Krankheit angesichts der erst 1993 erfolgten Aufnahme der Schmerztherapie in den Fächerkanon des Medizinstudiums in der Breitenversorgung noch nicht vorausgesetzt werden kann.

Die relativ späte Institutionalisierung der Schmerztherapie und die hierzulande erst in den Anfängen steckende Etablierung von Palliativmedizin und Palliativpflege hat auf der Ebene des Wissenstandes und damit der Versorgungspraxis weitreichende Folgen. Allerdings zeichnet sich in den letzten Jahren ein zunehmendes Problembewußtsein der Gesundheits-professionen bezüglich des Bedarfs an einer suffizienten Schmerz- und Symptomkontrolle; insbesondere letal erkrankter und symptombelasteter Menschen; ab. Neben diversen Fortbildungsinitiativen, insbesondere seitens der Deutschen Gesellschaft zur Studium des Schmerzes, des Schmerztherapeutischen Kolloquiums und der 1994 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin, spiegelt sich dies auch in einem seit Mitte der neunziger Jahre verstärkten Aufgreifen von Fragen der Schmerztherapie und Palliativversorgung in Fachzeitschriften für die Gesundheitsdisziplinen wider.⁴² Entsprechend dem Fokus der vorliegenden Arbeit konzentriert sich die folgende Darstellung auf den Versuch einer Situationsanalyse im Bereich der Pflege.

4.2.1 Stellenwert des Themas „Schmerz“ in der Pflegeausbildung

Mit Blick auf die Rolle professioneller Pflege in der Schmerztherapie verstärken sich offenbar wechselseitig Defizite der Institutionalisierung multidisziplinärer Schmerzforschung und -versorgung auf der einen, und der Entwicklungs- und Professionalisierungsrückstand der Pflege auf der anderen Seite. So deutet die Analyse von Rahmenlehrplänen und Lehrbüchern für die Pflegeberufe darauf hin, dass es der Pflege hierzulande bereits aufgrund von Ausbildungsmängeln an der qualifikatorischen Basis für die Mitwirkung als kompetenter Partner in der interdisziplinären Schmerztherapie mangelt.

Die deutschsprachige, pflegewissenschaftliche Literatur zum Thema Symptom- und Schmerzmanagement konzentriert sich bisher vorrangig auf

therapiepraxis angezeigt, die der Komplexität des sozio-psycho-somatischen Bedingungsgefüges des Schmerzerlebens und der Chronifizierung von Schmerz ausreichend Rechnung trägt, angezeigt. In einer repräsentativen Befragung unter klinischen und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in der Projektregion des SUPPORT-Projektes bekundeten knapp zwei Drittel der Befragten, den WHO-Stufenplan zur Tumorschmerztherapie im Original nicht zu kennen. BtM-Rezeptformulare für die Verordnung von Opioiden wurden nur von rund einem Drittel vorgehalten (Ensink et. al. 1998, 191).

⁴² Neben den in Anmerkung 43 aufgeführten Themenschwerpunkten in Fachzeitschriften für Allgemeinmedizin und praktische Ärztinnen und Ärzte ist hier auf die Fachzeitschrift für die Physiotherapie „Krankengymnastik“ zu verweisen, in der neben Einzelbeiträgen Heft 11/1997 dem Thema „Schmerztherapie“ gewidmet wurde. Im Verbandsorgan der DV-Pflegewissenschaft „Pflege & Gesellschaft“ wurde das Thema „Schmerz“ immerhin im ersten Band der Zeitschrift in einem Hauptartikel von Hüper (1996) aufgegriffen.

die Rezeption anglo-amerikanischer Literatur, sei es in Form der Übersetzung von Fachbüchern (z.B. McCaffery et al. 1997) oder von Beiträgen aus englischsprachigen, pflegewissenschaftlichen Fachzeitschriften.⁴³ Dies Phänomen ist aufgrund der späten Institutionalisierung von Pflegewissenschaft und -forschung auch in anderen Wissensgebieten der Pflege zu beobachten.

Bislang liegen aus dem deutschen Sprachraum fünf veröffentlichte empirische Studien vor, samt und sonders Arbeiten, die im Rahmen von Dissertationsvorhaben und Diplomarbeiten entstanden sind. Von diesen Arbeiten beziehen sich vier auf Schmerzbewältigung im Kontext invasiver medizinischer Eingriffe, von ihnen wurden drei in der Kinderkrankenpflege durchgeführt.⁴⁴ Die für die Versorgungsqualität gleichermaßen zentral erscheinenden Probleme des Symptom- bzw. Schmerzmanagements bei chronischer Krankheit und Pflegebedürftigkeit sowie im Rahmen der Versorgung betagter und dementer Menschen wurden von der bundesdeutschen Pflegeforschung bisher nicht aufgegriffen.

Mit Blick auf den Ausbildungsstand und -bedarf bestätigt die Analyse der vorliegenden Curricula und Lehrbücher das Bild, das sich in dem im Frühjahr 1997 erschienenen Band der Zeitschrift „Cancer Pain Relief“ abzeichnete (WHO 1997), in dem Informationen nationaler professioneller Pflegeorganisationen über die Entwicklung zur Qualifikation im Bereich der Tumorschmerztherapie und Palliativpflege (Care) zusammengefasst sind (WHO 1997). Neben einer vergleichenden, internationalen Studie zum Kenntnisstand unter Pflegekräften in Australien, Kanada, Japan, Spanien und den USA (McCaffery/Ferrell 1995) werden hier beispielhafte Studien zu Wissensstand und Schulungsinitiativen für die Pflege aus den folgenden Staaten aufgeführt: aus Australien (Redman et al. 1995), Canada (Clarke et al. 1996; Samaroo 1996), Großbritannien (Hatcliffe et al. 1996; Jeffrey 1994), den Niederlanden (Francke et al. 1997) und den USA (Bookbinder et al. 1996; Dalton et al. 1996; Driggers et al. 1993; Griffie/Weissman, 1996; O'Brien et al. 1996; Ryan et al. 1994; Sheidler et al. 1992).

Mit Ausnahme einer Befragung von 1994 zur Unterrichtspraxis an deutschen Krankenpflegesschulen durch den Arbeitskreis Krankenpflege und medizinischen Assistenzberufe der DGSS (1999) liegen für den deutschsprachigen Raum keine diesbezüglichen Studien vor. Die bundesweit unter 84 Krankenpflegesschulen durchgeführte Befragung zeigte, dass Fragen der Schmerztherapie in der Krankenpflegeausbildung ein Schattendasein fristen. Fragen der Schmerztherapie wurden demnach durchschnittlich neun Unterrichtsstunden in der Krankenpflegeausbildung gewidmet. Zu wenig, so auch die Meinung der befragten Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe, um den angehenden Pflegefachkräften eine fundierte Fachkompetenz für die Praxis mit auf den Weg zu geben. Ferner wurde seitens der Lehrkräfte das Fehlen

⁴³ Zur Rezeption angloamerikanischer Fach-/Forschungsbeiträge vgl. a. Bischoff Wilhelm/ Spirig (1994) und Schröck/Drerup (1998). In Heft 2/1999, dem 4. Jahrgang der Zeitschrift „Pflege und Gesellschaft“, wurden zwei Artikel aus englischen Pflegezeitschriften zum Thema Schmerz und Pflegediagnosen veröffentlicht (s. Chang 1999, Dufault et al. 1999).

⁴⁴ Es handelt sich um fünf empirische Studien, die im Rahmen von Dissertationsvorhaben und Diplomarbeiten durchgeführt wurden und die als Monographie oder Zeitschriftenartikel in veröffentlichter Form vorliegen (s. Hüper 1994, Jung 1996, Knigge-Demal 1998, Osterbrink 1999 und Kloos 1999). Ergänzend ist hier auf den Bericht Hofer (1993) in der Zeitschrift Pflege über eine Studie zur postoperativen Schmerzbehandlung mittels patientenkontrollierter Analgesie zu verweisen, ein veröffentlichter Abschlussbericht liegt bisher jedoch offenbar nicht vor.

einschlägiger, auf die Pflege hin zugeschnittener curricularer Grundlagen bemängelt (DGSS Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der Schmerztherapie 1999). Auch die Sichtung vorliegender Rahmenlehrpläne und der 1999 auf dem Markt befindlichen Lehrbücher läßt darauf schliessen, dass es der Pflege qua Ausbildung an qualifikatorischen Grundlagen für eine kompetente Mitwirkung in der Schmerztherapie und für die Übernahme von Aufgaben der Beratung- und Anleitung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen, die sich mit Blick auf ein effektives Schmerzmanagement stellen, mangelt.

Inhalte von Lehrbüchern und Fachzeitschriften reflektieren den Wissensfundus und fachlichen Diskussionsstand einer Berufsgruppe. Aus wissenschaftshistorischer Sicht findet sich in den Lehrbüchern einer Zeitepoche jeweils der "paradigmatische" Wissensbestand einer Berufsgruppe (Kuhn 1967). Ihre Schwerpunktsetzung gibt letztlich auch darüber Auskunft, welchen Stellenwert ausgewiesene Expertinnen und Experten der Bearbeitung eines Problem- oder Aufgabenbereichs in der Berufspraxis einräumen. Auch auf dieser Ebene der Literaturanalyse zeichnete sich ab, dass das Thema Schmerz und Schmerzmanagement in der deutschsprachigen Pflege eher ein Randthema darstellt.

Im aktuellen Verzeichnis der lieferbaren Bücher des Buchhandels waren im Frühjahr 1999 insgesamt 35 Lehrbücher bzw. Lehrbuchreihen für Pflegeberufe (Krankenpflege, Kinderkrankenpflege, Altenpflege)⁴⁵ unter dem Stichwort "Lehrbuch" nachgewiesen, darunter acht speziell für die Ausbildung in der Kinderkrankenpflege und neun für die Altenpflegeausbildung konzipierte Lehrbücher. Nur in 19 der 35 gesichteten Bände taucht das Stichwort "Schmerz" im Inhaltsverzeichnis oder Sachregister überhaupt auf. Es handelt sich dabei vornehmlich um Lehrbücher, die in den neunziger Jahren publiziert oder neu aufgelegt wurden (s. Tabelle 4.2 bis 4.5).

Bei einer Differenzierung der Lehrbücher nach Zielgruppen bestätigt sich dieser Trend für Lehrbücher, die für die Pflegeberufe bzw. die Krankenpflege konzipiert wurden, ebenso wie für spezielle Lehrbücher für die Kinderkrankenpflege. In Lehrbüchern für die Altenpflege wurde das Thema "Schmerz" insgesamt nur in drei von neun Bänden aufgegriffen.

Mit Ausnahme des von Margulies et al. (1994) herausgegebenen Lehrbuchs zur onkologischen Pflege und der unter dem Titel "Krankenpflege" erschienenen früheren Ausgaben des Lehrbuchs "Pflege" von Juchli (1997) finden sich substantiellere Beiträge oder eigenständige Kapitel zum Thema "Schmerz" vornehmlich in Lehrbüchern, die in der zweiten Hälfte der neunziger Jahre erstmals oder neu herausgegeben wurden (s. Tabelle 4.2 bis 4.4).

⁴⁵ Die auf drei Bände angelegte Lehrbuchreihe "Altenpflege Konkret." (Hg. von K. Stanjek. Stuttgart: G. Fischer) wurde hier nicht berücksichtigt, da der für die Analyse zentral erscheinende Band 3: "Pflegetheorie und -praxis" Mitte 2000 noch nicht vorlag.

Tabelle 4.2: Schmerz in 12 von 18 Lehrbüchern für die (Kinder-)Krankenpflege

Autor/Hg., Jahr	Titel	Umfang	Kontext
ADS (1970)	Die Pflege des kranken Menschen	2 von 790 Seiten	Kap. Krankenbeobachtung und postoperative Schmerzbekämpfung
Beske (1990)	Lehrbuch für Krankenpflegeberufe in 2 Bänden	Band I: Theoret. Grundlagen (1/2 von 1057 Seiten) Band 2: Krankheitslehre (1 von 862 Seiten)	Unterkap. Schmerzstillende Mittel im Kap. Arzneimittellehre rheumat. Schmerz, Kap. Rheumatologie chronischer Schmerz/Migräne im Kap. Psychosomatik
o.A. (1992)	Das neue Lehrbuch der Krankenpflege	2 von 1171 Seiten	Unterkap. Schmerzen, Kap. Beobachtung des Kranken
Seel (1993)	Die Pflege des Menschen	ca. 7 von 1018 Seiten	Unterkap. Schmerz im Kap. Sinn finden
Margulies et al. (Hg.) (1994)	Onkologische Krankenpflege	56 von 936 Seiten	Unterkap. Schmerz im Kap. Häufige klinische und pflegerische Probleme
Münch/Reitz (1994)	Lehrbuch für Krankenpflege	5 von 815 Seiten	Unterkap. Schmerz im Kap. Pflegekompetenzen/ Grundversorgung
Oelke et al. (1994ff)	Lernen in der Pflege		
	Bd 2, 1994: Gesundsein - Kranksein: Psychosoziale und kulturelle Aspekte	4 von 155 Seiten	Unterkap. Schmerz im Kap. Stadien des Krankheitsverhaltens
	Bd 5, 1996: Pflegetechniken und Maßnahmen II	2 von 333 Seiten	Kap. Atmung; Kap. Atemstimulierende Einreibung (2 Seiten) u.a. bei Schmerz
Clauss/Mecky (Hg.) (1997)	Kursbuch Pflege	9 von 900 Seiten	Unterkap. Schmerz im Kap. Unterstützung bei den Lebensaktivitäten;
Juchli (1997)	Pflege	29 von 1222 Seiten	Unterkap. Angst und Schmerzen im Kap. Begleiten in Krisensituationen des Lebens
Maxion-Bergemann et al. (1998)	Pflege in der Chirurgie. Lehrbuch für Krankenpflegeberufe	ca. 1 von 407 Seiten	Absatz zu Schmerzen im Kap. Pflegediagnostische Fragestellungen, Unterkap. Schmerzvisite, Kap. Anästhesie und operativer Eingriff
Schäffler/Menche (1997)	Pflege Konkret. Innere Medizin	24 von 784 Seiten	Kap. Pflege von Schmerzpatienten
Schäffler et al. (1998)	Pflege heute	15 von 1424 Seiten	Kap. Pflege von Schmerzpatienten

Dieser Befund verwundert wenig bei einem Blick auf vorliegende Rahmenlehrpläne und Curricula für die Ausbildung in den verschiedenen Pflegeberufen. Da bisher nur für die Kinder- und Krankenpflege mit dem Krankenpflegegesetz ein bundeseinheitlicher Rahmen für die Ausbildung vorliegt, haben wir uns auf die Sichtung ausgewählter Curricula und Rahmenlehrpläne für diesen Bereich konzentriert (s. Tabelle 4.5).

Tabelle 4.3: Schmerz in vier von acht Lehrbüchern für die Kinderkrankenpflege

Autor/Hg., Jahr	Titel	Umfang	Kontext
Wichmann (1991)	Kinderkrankenpflege	2 von 708 Seiten	Absatz im Kap. Beobachtung des kranken Kindes im Abschnitt Verhalten
Rübeling (1997):	Psychologie in der Kinderkrankenpflege	ca. 1 von 180 Seiten	kurzer Abschnitt/Beispiel im Kap. Gesetzmäßigkeiten des Verhaltens (Selbstkontrolle) und im Kap. Krankheit, Sterben, Tod
Wegmann (1997)	Die professionelle Pflege des kranken Kindes	ca. 1 von 740 Seiten	kurze Absätze zu Schmerzen und Schmerztherapie bei speziellen Erkrankungen
Holoch et al. (1999)	Lehrbuch Kinderkrankenpflege	27 von 1140 Seiten	Kap. Schmerzen im Kindesalter, incl. pflegerischer Diagnostik, Intervention

Tabelle 4.4: Schmerz in drei von neun Lehrbüchern für die Altenpflege

Autor/Hg., Jahr	Titel	Umfang	Kontext
Grond (1993)	Praxis der psychischen Altenpflege	ca. 1 von 383 Seiten	Kurzes Kap. zu Schmerzarten und Behandlung, incl. WHO-Schema
Pomykala (1996)	Altenpflege	2 von 293 Seiten	Kurzes Unterkapitel "Schmerz" und "Schmerzempfindungen"
Willig et. al. (1994)	Psychologie, Soziologie, Gesprächsführung in der Altenpflege	ca. 10 von 276 Seiten	Bsp. Schmerz/-vermeidung im Kap. Lernen/Lernfähigkeit im Alter und im Kap. Motivation/Hierarchie der Motive Unterkap. "Der körperliche Schmerz" im Kap. Krise des Sterbens

Als Unterrichtsgegenstand wurde das Thema "Schmerz" in dem Anfang der neunziger Jahre als richtungsweisend geltenden "Hessischen Curriculum (Kinder-)Krankenpflege" nur im Einführungsblock des ersten Ausbildungsabschnittes zu den "Aktivitäten und Elementen des Lebens" neben Störungen des Bewußtseins, der Sinnesorgane sowie geistig-seelischer Behinderung und Beeinträchtigung als kommunikationseinschränkender Faktor aufgeführt. Das Stichwort "Schmerztherapie" findet sich lediglich im Kapitel "Tod und Sterben" (DBfK 1990/91). In den Rahmenlehrplänen des Bayrischen Staatsministeriums für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst (1992) und der Arbeitsgemeinschaft krankenpflegender Ordensleute Deutschlands (AKOD 1993) sind für das Thema "Schmerz" jeweils vier von 1600 Unterrichtsstunden in der Kinder- und Krankenpflegeausbildung vorgesehen.

Ähnlich wie im Fall der Lehrbücher findet sich in den curricularen Grundlagen eine auch von der Stundenzahl her betrachtet substantiellere Berücksichtigung des Themas erst in dem 1998 im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen herausgegebenen Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung (s. Tabelle 4.6).

Tabelle 4.5: Schmerz/-therapie als Unterrichtsgegenstand in curricularen Grundlagen für die Kinder- und Krankenpflegeausbildung

Curriculum/Rahmenlehrplan, Jahr	Umfang	Lehreinheit/Kontext
Hessisches Curriculum (Kinder-) Krankenpflege (DBfK 1990/1991)	nicht explizit aufgeführt	6 Stundenblock: Kommunikation, darunter Einschränkung der Kommunikation durch Schmerzen 2 Stundenblock: Ruhe und Schlaf, darunter körperliche Schmerzen als Ursache für Schlafstörungen
Bachem-Teicher et al. (1991): Curriculum-Krankenpflege-ATL	nicht explizit aufgeführt	im 6 Stundenblock zum Umgang mit Arzneimitteln, incl. Kennzeichnung, Aufbewahrung und Dosierung Thema: "Analgetika/ Opioide" im 10 Stundenblock zu Grundlagen der Anästhesie, incl. Schmerz/-therapie
Bayrisches Staatsministerium für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst (1992): Lehrpläne für die Berufsfachschule Krankenpflege	4 von 1600 Stunden	Themenblock Schmerz - Lernziel: Bereitschaft, Patienten mit Schmerzen ernst zu nehmen und Fähigkeit, bei der Bekämpfung von Schmerzen mitzuwirken.
Arbeitsgemeinschaft krankenpflegender Ordensleute Deutschlands (AKOD) (Hg.)/ Drey Müller et al. (1993): Pflegen können. Ein Curriculum für die theoretische Ausbildung	ca. 4 von 1600 Stunden	im Abschnitt Krankenbeobachtung: "Schmerzäußerungen" im Themenblock Anästhesie: "Schmerzbekämpfung"
Oelke i.A. des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1998): Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung	ca. 42 von 1760 Stunden	22 Stundenblock: Schmerzbelastete Menschen pflegen 20 Stundenblock: Tumorkranke Menschen pflegen

Vom DGSS-Arbeitskreis "Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe" wurde inzwischen ein "Schmerztherapeutisches Basiscurriculum für die Krankenpflege" vorgelegt. Es orientiert sich konzeptionell an internationalen Empfehlungen für die Ausbildung in der Schmerztherapie und Palliativpflege. Zu den einzelnen Themen werden jeweils Lernziele und Lerninhalte, die den Pflegenden zu vermittelnden Kenntnisse und Fertigkeiten definiert, sowie weiterführende Literaturhinweise aufgeführt. Für die Erprobung wurden im Herbst 1999 bundesweit alle Krankenpflegeschulen angesprochen. Das Curriculum ist auf mindestens elf Unterrichtseinheiten angelegt und umfasst die folgenden Themenschwerpunkte (vgl. DGSS Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe in der Schmerztherapie 1999):

- Grundlagen der Schmerztherapie/Anatomie und Physiologie,
- Schmerzarten, Schmerzmessung und Schmerzerfassung,
- psychologische Aspekte des Schmerzes,
- nicht-invasive Therapie und invasive Therapieverfahren,
- postoperative Schmerztherapie,
- spezielle Krankheitsbilder (Tumorschmerz) und
- Organisationsformen der Schmerztherapie.

Des Weiteren zeigt die Sichtung der Fach- und Zeitschriftenliteratur eine deutliche Diskrepanz zwischen dem Stellenwert, der dem Thema "Schmerz" in der Ausbildung und im "Lehrbuchwissen" bisher eingeräumt wurde und dem Informationsinteresse und Handlungsdruck in der Pflegepraxis. So wurde beispielsweise der 1998 erstmals erschienene Band "Schmerzpatienten in der Pflege" bereits 1999 in einer aktualisierten und um das Thema "Schmerz und Alter" erweiterten Auflage neu herausgegeben (Thomm 1999). Im folgenden Jahr erschien der Band in einer um Fallbeispiele erweiterten Auflage (Thomm 2000). Auch im Handbuch „Ambulante Pflege“ wird „Schmerz und Schmerzbehandlung“ als zentrales Thema aufgegriffen (vgl. Brunnen/Herold 1997).

4.2.2 „Schmerz“ in der aktuellen Fachdiskussion der Pflege

Die Randständigkeit des Themas "Schmerz" in der Ausbildung scheint somit weniger in einem mangelnden Problembewußtsein der Pflegenden begründet zu sein. Vielmehr liegt der Schluss nahe, dass die Komplexität des Phänomens „Schmerz“ in gängigen Klassifikationssystemen der Pflegephänomene eher untergeht: Dies Problem stellt sich, wie oben bereits skizziert, in den zumeist organ- und krankheitsbezogenen, medizinischen Klassifikationssystemen gleichermaßen. Wie oben bereits angemerkt, wird in der funktionsbezogenen Kategorisierung der Pflegephänomene nach dem ATL-Modell (Roper et al. 1987), auf das sich die seit Ende der achtziger Jahre erarbeiteten Curricula ebenso wie die Mehrzahl der auf dem Markt befindlichen Pflegedokumentationssysteme zumeist beziehen, Schmerz einzig unter der Kategorie "Kommunikation" gefasst. Anforderungen des Schmerzmanagements in der Pflege berühren jedoch nicht allein Probleme der Kommunikation, sondern vor allem auch der (Symptom-)Wahrnehmung und Mobilität. Althoff und Groß (1993) empfehlen denn auch mit Blick auf eine patientenorientierte Reform der Krankenpflegeausbildung die Etablierung einer integrierten Unterrichtseinheit "Schmerz", zumal sich der Themenschwerpunkt besonders für die Integration unterschiedlicher Fachgebiete der Pflege eigne. Analog hierzu plädieren Höhmann et al. (1996, 119), wie oben bereits dargelegt, mit Blick auf die Pflegeprozessdokumentationen dafür, Schmerz als übergreifendes (Pflege-)Phänomen zu betrachten.

Betrachten wir die Beiträge in Fachzeitschriften als Spiegel der Fachdiskussion einer Berufsgruppe, so zeigt sich, dass das Thema "Schmerz" im letzten Jahrzehnt durchaus Gegenstand der pflegfachlichen Diskussion war.⁴⁶In den letzten elf Jahrgängen von neun ausgewählten Pflegefachzeitschriften wurde das Thema "Schmerz" in Einzelbeiträgen zu unterschiedlichen Aspekten der Schmerztherapie und Kongressberichten sowie in Form von Artikelserien und Schwerpunktthemen aufgegriffen (s. Tabelle 4.6).

⁴⁶ Im Unterschied zu wissenschaftlich Zeitschriften (Pflege, Pflege und Gesellschaft) und den im Folgenden betrachteten Fachzeitschriften mit Transfercharakter war das Thema "Schmerz" kein Diskussionsgegenstand in der Zeitschrift Pflegepädagogik, die in dem betrachteten Zeitraum als ein, wenn nicht das zentrale Diskussionsforum der Lehrerinnen und Lehrer für Pflegeberufe angesehen werden kann.

Inhaltlich dominiert sowohl in den Einzelbeiträgen als auch in den Schwerpunktthemen und Artikelserien das Thema "Tumorschmerz" bzw. "Schmerzkontrolle in der Onkologie und Palliativpflege". Daneben finden sich Artikel zur postoperativen Schmerzkontrolle und generelle Abhandlungen zum Phänomen Schmerz und chronische Schmerzen. "Schmerz in der pädiatrischen Pflege" wird nicht nur in der Fachzeitschrift für Kinderkrankenpflege aufgegriffen. Ein Schwerpunktthema ist dem Thema "Rückenschmerzen" gewidmet, in dem auch Probleme der Prävention von Rückenschmerzen unter den Pflegenden zur Diskussion gestellt werden. Probleme des Managements von chronischem Schmerz bei nicht-malignen, chronisch-degenerativen Krankheiten, wie Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, werden hingegen nur vereinzelt aufgegriffen. Dies gilt auch für das Thema "Schmerz im Alter."

Tabelle 4.6: Beiträge zum Thema "Schmerz" in neun Pflegezeitschriften (1989-1999)

Erscheinungsjahr	Anzahl der Beiträge	Schwerpunktthemen/Artikelserien
1989	7 Beiträge	Schwerpunktthema: Tumorschmerz
1990	6 Beiträge	Artikelserie: Schmerztherapie
1991	12 Beiträge	Artikelserie: Schmerztherapie (Fortsetzung von 1990) Artikelserie: Tumorschmerz
1992	8 Beiträge	Artikelserie: Tumorschmerz (Fortsetzung von 1991)
1993	12 Beiträge	Schwerpunktthema: Rückenschmerzen Artikelserie: Schmerzzambulanz und hausärztliche Versorgung von Tumorkranken
1994	10 Beiträge	
1995	8 Beiträge	
1996	5 Beiträge	
1997	20 Beiträge	Schwerpunktthemen: - Phänomen Schmerz - <i>postoperativer Schmerz</i> - Tumorschmerz/Palliativmedizin
1998	5 Beiträge	
1999	6 Beiträge	

*) Altenpflege, Die Kinderkrankenschwester, Die Schwester/Der Pfleger, Häusliche Pflege (Jg.1/1992ff), Forum Sozialstation, Heilberufe, Pflege aktuell (vormals Krankenpflege), Pflegen ambulant (Jg.1/1990ff), Pflegezeitschrift (vormals Deutsche Krankenpflegezeitschrift).

Die weitgehende "Abwesenheit" der Pflege in der Schmerztherapie ist somit auch Folge einer mangelnden Vermittlung fachlicher Kompetenzen in der Pflegeausbildung. Die Ergebnisse der Sichtung derzeit auf dem Markt befindlicher, allgemeiner Lehrbücher für Pflegeberufe bestätigen somit das Bild, das sich 1994 in der Umfrage zur Unterrichtspraxis an Krankenpflegeschulen im Bundesgebiet abzeichnete (DGSS Arbeitskreis Krankenpflege und medizinische Assistenzberufe 1999).

Nicht zuletzt aufgrund des direkten Patientenbezuges und ihrer zentralen Koordinationsfunktion in der Versorgungspraxis wird der Pflege in den anglo-amerikanischen Staaten eine strategische Rolle bei der Etablierung eines

adäquaten Schmerzmanagements zugesprochen. In Deutschland sind Schmerzforschung und Schmerzmanagement - mit Ausnahme der Tumorschmerztherapie und Palliativmedizin – weitestgehend eine Domäne der Medizin und Psychologie geblieben, wenngleich der potentielle Beitrag der Pflege für die Versorgung von schmerzbelasteten Menschen von ausgewiesenen Schmerzexperten beider Professionen durchaus gesehen wird (vgl. z.B. Buzello 1998, Basler/Turk 1999). Auch wenn sich die bundesdeutsche Pflege, bezogen auf den erreichten Akademisierungs- und Professionalisierungsgrad, zum derzeitigen Zeitpunkt sicher nicht mit der anglo-amerikanischen Pflege messen kann, so kommt ihr in der Versorgungspraxis gleichwohl allein aufgrund der Patientennähe ihrer Tätigkeit eine zentrale Rolle für das Symptommanagement zeitweilig und längerfristig pflegebedürftiger Menschen zu, und sei es "nur" durch die Ermittlung und Weiterleitung von Schmerzberichten der Betroffenen an den behandelnden Arzt. Dies gilt für die stationäre Akutversorgung und Langzeitpflege ebenso wie für die ambulante Pflege. Um das Aufgabenspektrum im Rahmen der Versorgung schmerzbelasteter Menschen in der geforderten Breite ausfüllen zu können, bedarf es jedoch nicht nur eines profunden Fachwissens über das Phänomen Schmerz und die Möglichkeiten der Schmerztherapie. Voraussetzung hierfür sind die Befähigung zur Symptomerkennung und -verlaufskontrolle sowie kommunikative und pädagogische Kompetenzen, allein wenn es um die Ermittlung des Schmerzerlebens und die Umsetzung von Maßnahmen zur Schmerzkontrolle geht. Auch letztere werden in der Ausbildung nur unzureichend vermittelt. Dies gilt in der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung nicht nur, aber im besonderen Maße für die Pflege (s.u.). Aus dieser Perspektive verwundert es nicht, wenn einzig in der Onkologie und im Palliativbereich von ärztlicher Seite der potentielle Beitrag professioneller Pflege in der schmerztherapeutischen Versorgung explizit hervorgehoben wird.

5. Patientenedukation als Aufgabe der Pflege: Anforderungen und Defizite

Der Wandel des Krankheitspanoramas hin zur Dominanz chronischer Erkrankungen erfordert es, Patientenberatung und -anleitung heute als konstitutive Bestandteile der Leistungserbringung im Gesundheitswesen zu betrachten, denn im Unterschied zu akuten Krankheiten sind sie einer kausalen Therapie im Sinne einer einfachen Beseitigung der „Störungsquelle“ nicht zugänglich.⁴⁷ Kurative Therapieansätze ermöglichen bei degenerativen Erkrankungen allenfalls einen Funktionsausgleich beeinträchtigter Organfunktionen (z.B. Insulingabe bei Diabetes, Dialyse bei chronischem Nierenversagen) und eine zeitweilige Kontrolle oder Verlangsamung der dem Krankheitsverlauf zugrunde liegenden pathologischen Prozesse. Zudem können kurative Maßnahmen unerwünschte therapeutische Effekte zeitigen, deren Folgen sich zu den in der Erkrankung begründeten Symptombelastungen und Funktionseinschränkungen gesellen. Ein Problem, das sich beim Vorliegen von Mehrfacherkrankungen zunehmend stellt. Zweifel (1990) spricht mit Blick auf die Entwicklung der Interventionsmöglichkeiten der modernen Hochleistungsmedizin vom „Sisyphussyndrom der Gesundheitsversorgung“. Eine Metapher, die gleichermaßen treffend ist für die Anpassungsleistungen, die ein Leben mit chronischer Krankheit den Betroffenen und ihrem primären sozialen Netz abverlangt. Der Förderung der Selbstpflegepotentiale und der Unterstützung der Betroffenen bei der Integration des Symptommanagements in den Lebensalltag ist hier eine zentrale Bedeutung beizumessen. Mit Blick auf die Versorgungsqualität und -effizienz postulierte Donabedian (1992), chronisch Kranke als Ko-Produzenten in der Gesundheitsversorgung zu betrachten. Auch für die Pflege stellt sich daher heute um so mehr die Frage, welchen Beitrag sie für die (Re-)Aktivierung von Selbstversorgungs- und Selbststeuerungspotentialen zur Integration des Krankheitsmanagements im Alltag für die Betroffenen leisten kann und sollte. Dies gilt besonders für das Management der mit progredienten Erkrankungen verbundenen Symptombelastungen, so auch für das hier im Zentrum der Betrachtung stehende Schmerzmanagement.

Die Übernahme entsprechender edukativer Funktionen wird von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als Kernbereich professioneller Pflege betrachtet (vgl. z.B. Salvage 1993). Im Folgenden sollen zunächst Grundprinzipien der Patientenedukation und der diesbezügliche Entwicklungsstand der deutschen Pflege im internationalen Vergleich umrissen werden. In einem zweiten Schritt gilt es, ausgehend von den in verschiedenen Studien ermittelten patientenbezogenen Barrieren, die einem effektiven Schmerzmanagement entgegenstehen, Anforderungen an Edukationsprogramme zum Schmerzmanagement bei progredienten Erkrankungen herauszuarbeiten. Abschließend sollen beispielhaft pflegerische Edukationsprogramme zum Tumorschmerzmanagement vorgestellt werden, wie sie im angloamerikanischen Raum entwickelt und erprobt wurden.

⁴⁷ Vgl. hierzu die Differenzierung von Thomas (1974) zwischen definitiven und „halfway“ Technologien in der Medizin.

5.1 Patientenedukation als pflegerisches Handlungsfeld und konzeptionelle Grundlagen

Green et al. (1980) definieren Patientenedukation als „any combination of learning experiences designed to facilitate adaptations of behavior conducive to patients health“. Auch nach der Mitte der achtziger Jahre in der Zeitschrift „Patient Education and Counseling“ veröffentlichten Definition einer Expertengruppe ist Patientenedukation eine geplant herbeigeführte Lernerfahrung, die auf der Grundlage unterschiedlicher Methoden eingeleitet werden kann, sei es durch Unterweisung und Information oder Anleitung, um das Wissen und Verhalten der Patientinnen und Patienten zu beeinflussen (Barlett 1985). Devine (1998) betrachtet Patientenedukation als „Eckpfeiler der Gesundheitsversorgung, da das Wohlbefinden von Menschen mit oder ohne manifester oder klinisch diagnostizierter Gesundheitsbeeinträchtigung zu wesentlichen Teilen auch von ihrem alltäglichen, individuellen gesundheitsbezogenen Handeln abhängt“ (Devine 1998, 426, sinngem. Übersetzung).

Im angloamerikanischen Raum ist die Übernahme edukativer Funktionen etablierter Bestandteil professioneller Pflege und umfasst das gesamte Spektrum gesundheitsbezogener Edukation von der Aufklärung, Anleitung und Beratung auf der Ebene der Gesundheitsförderung im Sinne von Primärprävention bis hin zur begleitenden Beratung und Anleitung schwerkranker, pflegebedürftiger Menschen und ihrer Bezugspersonen im häuslichen Setting. Anzumerken ist hier, dass die gezielte Förderung von Selbstversorgungs Kompetenzen bereits Mitte des 20. Jahrhunderts in verschiedenen Konzepten zur theoretischen Begründung von angloamerikanischen Pflegewissenschaftlerinnen als Kernbereich professioneller Pflege herausgestellt wurde (vgl. Peplau 1952, Wiedenbach 1964, Henderson 1964, Orem 1971, King 1981, Parse 1981, Benner/Wrubel 1988). So besteht beispielsweise nach Henderson (1964):

„(...) die einzigartige Funktion der Pflege (...) darin, dem kranken oder auch gesunden Individuum bei der Verrichtung von Aktivitäten zu helfen, die seiner Gesundheit oder Wiederherstellung (oder auch einem friedlichen Sterben) dienlich sind und die er ohne Beistand selbst ausüben würde, wenn er über die dazu erforderliche Stärke, Willenskraft und Kenntnis verfügte. Sie leistet ihre Hilfe auf eine Weise, dass er seine Selbständigkeit so rasch wie möglich wiedergewinnt“ (Henderson 1964, zitiert nach der deutschen Übersetzung 1997, 42).

Die von Henderson (1964) angesprochene Befähigung zum Selbstmanagement von Gesundheitsbeeinträchtigungen und die Mobilisierung verbliebener Gesundheitsressourcen ist gerade bei chronischen Krankheiten, die mit einer erheblichen Symptombelastung verbunden sind, entscheidend für die erzielbare Lebensqualität. Krankheitsbewältigung, in diesem Sinne verstanden, verlangt den Betroffenen vielfältige Informationsverarbeitungs-, Anpassungs- und Lernprozesse ab, die sich in dem zumeist wechselhaften Verlauf chronischer Erkrankungen häufig neu stellen. Hierbei von professioneller Seite adäquate Unterstützung zu bieten, kann nur unter Berücksichtigung der individuellen und sozialen Ressourcen, sowie auf der Grundlage eines kontinuierlichen, partnerschaftlichen Dialogs zwischen den Betroffenen und den professionellen Akteuren gelingen (O'Connor et al. 1986, von Uexküll/Wesiak 1991, Lorig 1996a, XIV, Hutchings 1999).

Aus dem englischsprachigen Raum liegt bereits ein relativ großer Fundus an Fachliteratur zu unterschiedlichen Aspekten pflegerischer Aufklärung, Beratung und Anleitung für Patientinnen und Patienten und ihre Bezugspersonen im primären sozialen Netz vor, so auch bezogen auf das Schmerzmanagement bei progredienten Erkrankungen. Es handelt sich dabei nicht nur um sogenannte Transferliteratur, sondern auch um Beiträge zur Konzeption und Evaluation fundierter und an Lern- und Motivationstheorien orientierter Schulungs- und Beratungsprogramme (vgl. z.B. Klug-Redmann 1996). Der Bedeutung der Einbeziehung der Bezugspersonen Rechnung tragend, werden sie zumeist unter dem Begriff der Patienten- und Familienedukation gefasst.

Verglichen mit dem im angloamerikanischen Raum, aber auch in dem in den skandinavischen Staaten und den Niederlanden erreichten Stand, beginnt sich die deutschsprachige Pflege eher zögerlich mit beratenden und anleitenden Funktionen auseinanderzusetzen und diese gezielt zu praktizieren. Betrachten wir die bundesdeutsche Situation, so erweist sich nicht nur die Schmerztherapie als ein vorrangig medizinisch-psychologisches Handlungsfeld. Ein vergleichbares Bild zeichnet sich mit Blick auf die Patientenedukation im Sinne umfassender Aufklärung, Beratung und Anleitung ab.

5.1.1 Grundprinzipien der Patientenedukation

Konzeptionelle Grundlagen für die Entwicklung fundierter Patientenschulungsprogramme wurden von der Verhaltens- und von der kognitiven Psychologie erarbeitet. Sie knüpfen an motivations- und lerntheoretische Modelle sowie an Ansätze der Stress- und Copingforschung an. Zu nennen sind hier vor allem die Konzepte der subjektiven Gesundheits- bzw. Krankheitstheorien, der Kontrollüberzeugung, der Selbstwirksamkeit, der Kohärenz und der erlernten Hilflosigkeit (als Übersicht s. Klug-Redman 1996, Hampel/Petermann 1997, Schmidt/Dlugosch 1997). Auf ihnen beruhen in unterschiedlicher Akzentuierung sowohl elaborierte medizinische wie auch pflegerische Konzepte der Patientenschulung. Neuere Übersichtsdarstellungen zu den Grundprinzipien zeitgemäßer Schulungsprogramme für chronisch kranke Menschen lassen denn auch unabhängig vom jeweiligen professionellen Hintergrund der Autorinnen und Autoren eine weitgehende Übereinstimmung erkennen. So betont Petermann (1997b) aus psychologischer Perspektive ebenso wie auch Lorig (1996a) aus pflegewissenschaftlicher Sicht, dass Patientenschulung heute weit mehr ist als Unterweisung im Sinne der Vermittlung von Wissen und Fertigkeiten („patient teaching“), sondern auf der Ebene der Befähigung zur Verhaltensveränderung hin zu einem gesundheitsgerechten bzw. -förderlichen Lebensstil ansetzt. Im Sinne des Empowerment liegt Patientenedukationskonzepten die Intention der Erweiterung und Stärkung der Selbstpflege- und Selbstbehandlungskompetenzen zugrunde (Lorig 1996a). Bei chronischen Krankheiten steht die Befähigung und Vermittlung von Fähigkeiten und Fertigkeiten zum Selbstmanagement von Gesundheitsbeeinträchtigungen, Symptomlagen und damit verbundener Folgeprobleme im Vordergrund.

Eine effektive Patientenschulung setzt ein zielgerichtetes und planvolles Vorgehen voraus, das auf die je spezifischen Problemlagen und Ressourcen der Betroffenen hin zugeschnitten ist. Hierfür ist die systematische

Einschätzung des individuellen Schulungsbedarfs, der Lernvoraussetzungen und -fähigkeiten grundlegend. Lorig (1996a) fasst die Eckpunkte einer auf die Förderung der Selbstmanagementfähigkeiten ausgerichteten Patientenedukation aus pflegewissenschaftlicher Sicht wie folgt zusammen:

- Vermittlung von Kompetenz im Umgang mit den soziopsychosomatischen Konsequenzen der Erkrankung, d.h. die Befähigung zur Bewältigung physiologischer Probleme, körperlicher Funktionseinschränkungen und psychosozialer Folgeprobleme;
- Stärkung des Selbstvertrauens, von Problemlösungs- und Entscheidungskompetenzen;
- Aufbau eines partnerschaftlichen Verhältnisses zwischen den Betroffenen und den an der Gesundheitsversorgung beteiligten professionellen Akteuren (Lorig 1996a:XIV).

Im Einzelnen können nach Petermann (1997b) sechs, teilweise eng miteinander verwobene, inhaltliche Hauptkomponenten eingehender Patientenschulungsprogramme unterschieden werden:

- Aufklärung durch Wissensvermittlung und Förderung eines differenzierten Krankheits- und Therapiewissens,
- Aufbau einer angemessenen Einstellung zur Erkrankung und ihrer Bewältigung.
- Sensibilisierung der Körperwahrnehmung,
- Stärkung und Entwicklung von Selbstmanagementkompetenzen,
- Befähigung zur Durchführung von Maßnahmen der Prophylaxe und Sekundärprävention von (akuten) Krankheitskrisen,
- Stärkung sozialer Kompetenzen und sozialer Unterstützung (Petermann 1997b, 4f).

Das heißt, Patientenedukation impliziert gleichermaßen die Befähigung der Betroffenen zur Kommunikation von Symptomlagen und psychosozialer Befindensaspekte wie auch die Stärkung der Kompetenzen zur Nutzung von Gesundheitsdienstleistungen durch Informationen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems und den Zugang zu professionellen Unterstützungssystemen (vgl. a. Klug-Redman 1996, 47ff).

Analog zum Paradigmenwechsel von „old“ zu „new public health“ wird in neueren Ansätzen der Patientenschulung somit ein partizipativer, die Gesundheitsressourcen der Betroffenen stärkender Ansatz verfolgt. Hurrelmann (2000, 106f) spricht in diesem Sinn von einer Neuorientierung der Gesundheitserziehung von „autoritativen Konzepten der Verhaltenskorrektur“ hin zu „partizipativen Konzepten der Kompetenzförderung“. Es geht somit nicht in erster Linie um die Erzielung von Therapietreue oder Therapiemotivation, sondern darum, die Betroffenen dahingehend zu unterstützen und zu befähigen, in ihrer konkreten Lebenssituation und unter Wahrung eines höchstmöglichen Maßes an Lebensqualität selbstbestimmt Entscheidungen über die Ausgestaltung der Therapie und - dies erscheint mit Blick auf von Pflegebedürftigkeit betroffene Menschen zentral - über die Ausgestaltung der Versorgung auf der Grundlage adäquater Information treffen zu können.

5.1.2 Patientenedukation als Kernbereich professioneller Pflege

Der lebensweltliche Bezug der Pflegetätigkeit lässt die Pflege für die Übernahme von beratenden und anleitenden Aufgaben, nicht nur im Rahmen der Betreuung von Menschen mit eingeschränkten Selbstversorgungsfähigkeiten, unter den Gesundheitsberufen als prädestinierte Berufsgruppe erscheinen. Pflegende sind den Betroffenen oftmals über weite Strecken des Krankheitsverlaufs am nächsten, sei es in der klinischen Versorgung oder in der ambulanten und stationären (Langzeit-)Pflege. Durch die Patientennähe und des auch im Vergleich zu anderen Berufsgruppen des therapeutischen Teams hohen Anteils an unmittelbarer Patienteninteraktion haben Pflegende am ehesten einen Einblick in die je spezifische Situation und Lebensgewohnheiten der von ihnen betreuten Patientinnen und Patienten. Sie können dadurch das Spektrum angezeigter und bewältigter, ebenso wie noch nicht vollbrachter, oder auch für die Betroffenen nicht realisierbarer Umstellungs- und Anpassungsleistungen am ehesten abschätzen, da sie deren Lernvoraussetzungen und -fähigkeiten und die diesbezüglichen Bedingungen im sozialen Umfeld am ehesten kennen (Schaeffer 1999, Schaeffer/Moers 2000). Idealtypisch betrachtet verfügen Pflegende dort, wo sie in die Patientenbetreuung involviert sind, über einen alltagsnahen Zugang zu grundlegenden Informationen für die Entwicklung von auf die individuellen Bedürfnisse und Fähigkeiten der Betroffenen abgestimmten und damit auch im Alltag tragfähigen Therapie- und Versorgungskonzepten.

Für das langfristige Management chronischer Krankheit kann die Entwicklung und Verfolgung realistischer, das heißt für die Betroffenen im Alltag bewältigbarer Therapiekonzepte, langfristig auch im Sinn der Prävention von Krankheitsfolgen effektiver sein, als die aus klinischer Sicht optimale Therapie, die von den Betroffenen aus welchen Gründen auch immer im Alltag nicht realisierbar ist (Müller-Mundt. et al. 1998, 396). So zeigen auch klinische Studien der Forschungsgruppe an der Klinik für Stoffwechselkrankheiten und Ernährung der Universität Düsseldorf, dass u.a. bei insulinpflichtigem Typ-1-Diabetes-mellitus angepasste Therapiekonzepte, die die Lebensgewohnheiten der Betroffenen berücksichtigen, dem konventionellen Therapieansatz mit festen Zeitplänen der Insulingabe und strikten Diätvorschriften an klinischer Effektivität nichts nachstehen, wohl aber die Lebensqualität nicht in dem Maß beeinträchtigen wie den Alltag dominierende, strenge Therapieregime (Mühlhauser et al. 1995, Berger 1996). Diese „liberalisierten“ Therapiekonzepte umfassen eingehende Patientenschulungen auch und gerade im Hinblick auf die Sensibilisierung der Körperwahrnehmung für das Erkennen von Symptomen einer sich anbahnenden Hypo- oder Hyperglykämie. Daher ist zu vermuten, dass sie die Betroffenen auch eher dazu befähigen, Anzeichen für die Entwicklung von möglichen Begleit- bzw. Folgeerkrankungen des Diabetes frühzeitig zu erkennen und sie in diesem Sinne zur Sekundärprävention befähigen können.

Adäquate Unterstützung zu bieten bei den erforderlichen Anpassungsleistungen im Sinne der Änderung des Lebensstils und bei Therapieentscheidungen kann nur gelingen unter Berücksichtigung der individuellen und sozialen Ressourcen der Betroffenen und bei der bedarfsweisen Einbeziehung von zentralen Bezugspersonen. In Anlehnung an Assal (1995) und Schülin et al. (1989) kann Patientenedukation als Brücke zwischen dem Kunstraum der klinischen Praxis und der Lebenswelt der Betroffenen betrachtet werden.

Hinsichtlich des potentiellen Beitrags der Pflege zur Unterstützung der Betroffenen zum Selbstmanagement bleibt zunächst festzuhalten, dass von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) die gesellschaftliche Funktion der Pflege darin gesehen wird, „Einzelne, Familien und soziale Gruppen dahingehend zu unterstützen, ihre Gesundheitspotentiale im Kontext ihres Lebens- und Arbeitsumfeldes zu erkennen und zu erreichen“ (Salvage 1993, 15). Der Handlungsauftrag der Pflege umfasst demnach die Sicherstellung der pflegerischen Versorgung bei Krankheit und Pflegebedürftigkeit ebenso wie Gesundheitsberatung und –schulung, sei es im Rahmen der Primärprävention oder der Sekundär- und Tertiärprävention. Die patientenbezogenen, edukativen Aufgaben der Pflege werden in dem von Salvage (1993) herausgegebenen Positionspapier des europäischen Regionalbüros der WHO „Nursing in Action“ wie folgt gefasst:

- Einschätzung der individuellen Kenntnisse und Fähigkeiten der Klienten zur Erhaltung und Wiederherstellung ihrer Gesundheit,
- Vorbereitung und Darbietung von Information auf einem angemessenen Niveau,
- Organisation und Mitwirkung an Gesundheitserziehungsprogrammen, unter Anwendung angemessener kultureller, ethischer und professioneller Standards (Salvage 1993, 16f).

Im US-amerikanischen Gesundheitswesen gelten solcherart von edukativen Aufgaben als etablierter Bestandteil des Tätigkeitsprofils professioneller Pflege. Eine Entwicklung, die in den USA durch eine relativ frühe Akademisierung und vergleichsweise lange Tradition der Professionalisierung der Pflege begünstigt wurde. Entsprechend dem bereits in den dreißiger Jahren des 20. Jahrhunderts proklamierten pflegerischen Selbstverständnis von „Nursing is Teaching“ (National League of Nursing Education 1937) werden Gesundheitsförderung und Prävention im Rahmen der in den USA relativ breiten, gemeindebezogenen Gesundheitspflege („community health nursing“) zu weiten Teilen von der Pflege getragen (Heiss 1995, Schaeffer 1995). Dies schließt die Mitwirkung oder auch eigenständige Erarbeitung von Planungsgrundlagen für bedarfsgerechte, bevölkerungsbezogene Maßnahmen der Gesundheitsförderung auf der Grundlage des sog. „Community health assessments“ mit ein (Helvie 1991, zur Erprobung des gemeindebezogenen Assessmentansatzes im Bundesgebiet s. Caesar et al. 2000).⁴⁸

Der in den USA erreichte Entwicklungsstand zeigt sich auch darin, dass bereits eine Vielzahl von standardisierten Edukationsprogrammen und von Instrumenten zur Evaluation edukativer Maßnahmen für Patientengruppen mit unterschiedlichen chronischen Krankheitsbildern im Rahmen der Pflegeforschung und –praxis erarbeitet wurden, so für Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus, mit chronischen Atemwegserkrankungen und

⁴⁸ In der ambulanten Pflege („community health nursing“; „home health care“) setzen die Ausbildungsrichtlinien der American Nurses' Association (ANA) von 1986 für die „generalist home health nurses“ (Bachelor Degree) Kenntnisse und Erfahrung in der Patientenschulung („patient teaching“) und für die „specialist home health nurse“ (Master Degree) die Qualifikation zur Implementation und Evaluation von Gesundheitserziehungsprogrammen („health teaching“) voraus (vgl. Lyon/Stephany 1993, 628f).

chronischer Arthritis (als Übersicht s. Patient education plus 1998, Redman 1998).⁴⁹

Seit Ende der 80er Jahre wurden verstärkt auf die spezifischen Problemlagen von schwerstkranken und -pflegebedürftigen Menschen hin zugeschnittene Edukationskonzepte entwickelt, darunter auch Schulungsprogramme zum Symptom- und Schmerzmanagement für Menschen im fortgeschrittenen Stadium von Tumorerkrankungen und Aids im häuslichen Umfeld (Schulmeister 1991, Hardwick/Lawson 1995, Rimer et al. 1992, Ferrell et al. 1998). Eine Entwicklung, die nicht nur der im Zuge der Einführung prospektiver Fallpauschalen seit Mitte der achtziger Jahre in den USA forcierten Verkürzung der Klinikaufenthalte, sondern auch dem Wunsch vieler Betroffener Rechnung trägt, trotz schwerer Gesundheitsbeeinträchtigungen im häuslichen Umfeld verbleiben zu können.

Neuere Entwicklungen im Bereich der Patienten- und Angehörigen-schulung wurden durch den Ausbau medizintechnikgestützter, häuslicher Versorgungsmöglichkeiten für schwerstkranken Menschen angestoßen, dem sog. „Hospital at Home“ (Anand et al. 1989, Lyon/Stephany 1993, 626, Gorski 1995, Klug-Redmann 1996, 287ff, Krajic et al. 1998, Ewers 2000, Lademann 2000). Das Spektrum der im Rahmen der „High-tech home care“ eingesetzten Technik umfasst heute nahezu das gesamte Arsenal intensivmedizinischer Technik. Ihr Einsatz im häuslichen Setting setzt eine eingehende Schulung und eine beratende Begleitung der Betroffenen und sie betreuender Bezugspersonen voraus. Daher finden sich auch und gerade in der Pflegeliteratur seit den neunziger Jahren vermehrt Beiträge zu Schulerfordernissen im Rahmen der technikgestützten, häuslichen Pflege schwerkranker Menschen, sei es für die Handhabung von Herzkreislauf-Monitoring-Systemen, maschineller Beatmung, Infusionstherapie oder für die mittlerweile fast klassisch anmutende Heimdialyse (vgl. z.B. Thompson/Richmond 1990, Brannon/Johnson 1992, Evans et al. 1993, Baillod 1995, Crystal 1997).

Einen besonderen Schwerpunkt bildet in den USA die Entwicklung von Schulungskonzepten für spezifische Bevölkerungsgruppen. Hervorzuheben sind hier spezielle Schulungsprogramme für Kinder und Jugendliche (z.B. Bernard-Bonnin et al. 1995, Talabere 1997) und für (hoch-)betagte Menschen (z.B. Albley 1997, Davis 1997, Hussey 1994), die altersspezifischen Lernvoraussetzungen Rechnung tragen. Ein weiterer Fokus liegt auf der kultursensiblen Gestaltung von Schulungskonzepten für Patientengruppen unterschiedlicher kultureller und ethnischer Herkunft (z.B. Boston 1993, Chackes/Christ 1996, Tripp-Reimer/Afifi 1989, Stewart 1994).

Wie Devine (1998) in ihrer Übersichtsdarstellung zum Entwicklungsstand der Patientenedukation herausstellt, wurde allerdings auch in den USA erst in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts mit der Durchführung klinischer Kontrollstudien zur systematischen Evaluation von pflegerischen Edukationsprogrammen begonnen, obgleich Patientenschulungen „traditionell“ eine große Bedeutung beigemessen wurde. Seither ist der Fundus an Studien, die die Ergebnisqualität edukativer, pflegerischer Interventionen teilweise auch in

⁴⁹ Inhaltliche Schwerpunkte der Pflegeforschung zur Patientenedukation bilden nach Devine (1998, 427): Asthma bei Kindern und Erwachsenen, Erwachsene mit großen chirurgischen Eingriffen, Hypertonie, maligne Erkrankungen, chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen, Risikoschwangerschaft (drohende Frühgeburt).

Kontrastierung zur „normalen Versorgungspraxis“ untersuchen, stetig gewachsen (Devine 1998, 426). Erste Meta-Analysen Studien zur Effektivität von Patientenedukationsprogrammen für Erwachsene und Kinder wurden in den achtziger Jahren publiziert. Sie kommen in der Mehrzahl zu dem Ergebnis, dass Patientinnen und Patienten von Edukationsprogrammen profitieren (Redman 1993). Positive Effekte konnten auf der Ebene des Wissenstandes der Betroffenen, aber auch für physiologische Parameter nachgewiesen werden, so beispielsweise eine verbesserte Kontrolle des Blutdrucks bei Hypertonus (Devine/Reifschneider 1995) und des Blutzuckerspiegels bei Diabetes mellitus (Brown 1990) sowie die Reduktion von Schmerz- und Angsterleben im Kontext chirurgischer Eingriffe (Devine 1992). Des Weiteren konnte in einigen Studien der Nachweis von Kostenvorteilen erbracht werden, beispielsweise durch die deutlich seltenere Frequentierung von Notfalleinrichtungen von Menschen mit Asthma bronchiale nach der Teilnahme an eingehenden Schulungsprogrammen (Devine 1996).⁵⁰

Dessen ungeachtet werden allerdings auch für die USA Akzeptanzprobleme pflegerischer Patientenedukation seitens der Medizin berichtet, von deren Verordnung eine krankensicherungsmaßige Abrechnungsfähigkeit entsprechender Pflegeleistungen abhängt (Klug-Redmann 1996, 263). Als Problem stellt sich unter dem im US-amerikanischen Gesundheitssystem gleichermaßen bestehenden Kostendruck zudem, dass edukative Aufgaben zwar dem beruflichen Selbstverständnis der Pflege in den USA nach als integraler Bestandteil der professionellen Pflgetätigkeit gelten, unter einer zunehmend restriktiven Kostenerstattung jedoch eine Tendenz zur prioritären Konzentration auf körperbezogene und instrumentelle Pflgetätigkeiten zur Sicherstellung der „Grundversorgung“ in der Praxis auszumachen ist (Devine 1998).⁵¹

5.1.3 Entwicklungs(rück)stand und -potentiale der bundesdeutschen Pflege

Während Patientenedukation im angloamerikanischen Raum ein etabliertes Handlungs- und Forschungsfeld der Pflege bildet, ist sie in der bundesdeutschen Forschungs- und Versorgungspraxis weitgehend eine Domäne der (Verhaltens-)Psychologie und der auf ihr fußenden Verhaltensmedizin geblieben. Dies kann jedoch nicht allein darin begründet sein, dass die Medizin de jure als zentrale Aufklärungsinstanz (vgl. a. GMK 1999) und der Pflege in „Gesundheitsfragen“ keine eigenständige Beratungskompetenz

⁵⁰ Nach Devine und Pearcy (1996) blieb der Effekt von Edukationsprogrammen für Patientinnen und Patienten mit obstruktiven Lungenerkrankungen unbefriedigend, bis die gezielte Vermittlung von Selbstmanagementtechniken (hier gezielte Atemgymnastik) in das Interventionsprogramm integriert wurde. Statistisch signifikante Effekte von Patientenschulungsprogrammen konnten – wie Devine (1998) hervorhebt – in den vorliegenden Evaluationsstudien nur bedingt erbracht werden. Probleme des Nachweises der spezifischen Effekte von Edukationsprogrammen sind zum Teil auch darin begründet, dass edukative Anteile der in der Regelversorgung üblichen Praxis, so auch in der Versorgung der Patientinnen und Patienten der jeweiligen Kontrollgruppe, nicht ausreichend eruiert werden. Hierin sieht die Autorin eine der zentralen Herausforderungen für die künftige Forschung.

⁵¹ Die Autorin führt hierzu aus: „*Under the current system, improving patient education may easier said than done. Nurses are under great pressure to provide comprehensive patient care. When time is limited, patient education may be judged to be less critical than interventions that adress a patient's immediate safety or physiological well-being. If patient education were a specific reimbursable activity rather than subsumed under „nursing care“ and billed as a part of the room charge or the outpatient visit charge, it would be easier to ensure that health care providers had the time and other resources needed to provide comprehensive patient education.*“ (Devine 1998, 428)

zugesprochen wird, denn dies Problem betrifft im deutschen Gesundheitssystem die Psychologie gleichermaßen wie auch die Pflege in den USA.

Nach dem vorherrschenden Aufgabenprofil der Pflege konzentrieren sich pflegerische Interventionen im deutschen Gesundheitssystem zumeist auf den Bereich der Akutkliniken und auf die Versorgung von Menschen, die aufgrund von Krankheit oder Behinderung für die Bewältigung des Alltags ganz oder zeitweise auf Fremdhilfe angewiesen sind und hierfür nicht, oder nicht mehr auf ausreichende Unterstützung in ihrem sozialen Netz zurückgreifen können. Gesundheitsbezogene Beratung und Anleitung im Vorfeld des Eintritts von „Pflegebedürftigkeit“ findet in der Breite nicht statt. Der Fokus pflegerischen Handelns liegt vielmehr auf körperbezogenen Pflegetätigkeiten, auf der Assistenz bei oder Ausführung von medizinisch-therapeutischer Maßnahmen und deren Verlaufskontrolle. Zwar ist in §4 des Krankenpflegegesetzes die Befähigung zur „Anregung und Anleitung zu gesundheitsförderndem Verhalten“ als Ausbildungsziel definiert (Klie/Stascheit 1995, 3), eine konsequente Umsetzung entsprechender Inhalte ist jedoch weder in der Ausbildung noch in der Pflegepraxis erkennbar.⁵²

Symptomatisch für die bundesdeutsche Situation erscheint das für die Pflegepersonalregelung (PPR '1993) erarbeitete Tätigkeitsprofil der Pflege in somatischen Akutkrankenhäusern. In ihr reflektiert sich die marginale Bedeutung, die der Patientenedukation im Rahmen der professionellen Krankenpflege selbst von ausgewiesenen Pflegeexpertinnen und -experten Anfang der neunziger Jahre beigemessen wurde. Beratende und anleitende Funktionen wurden hier einzig von Vertreterinnen der Kinderkrankenpflege als zentrale Aufgabe geltend gemacht, mit der Konsequenz, dass Aufgaben der Aufklärung, Information und Anleitung in der PPR ausschließlich dem Leistungsprofil der sog. allgemeinen pädiatrischen Pflege und der Betreuung von Wöchnerinnen bzw. Versorgung der Neugeborenen explizit zugrundegelegt wurden. Für die Pflege von Erwachsenen tauchen Begriffe wie „beraten“, „anleiten“ oder „motivieren“ nur in dem die einzelnen Pflegestufen erläuternden Anhang auf. Bezogen auf Maßnahmen, die der speziellen Pflege zugerechnet werden, wurden Information und Anleitung von Patienten oder Angehörigen weder explizit noch implizit formuliert (Brandt et al. 1993).

Eine stärkere Auseinandersetzung der Pflege mit edukativen Funktionen wurde in jüngster Zeit durch die 1995 erfolgte Einführung der Pflegeversicherung angestoßen, was auch seinen Ausdruck in der Rezeption und Übersetzung angloamerikanischer Standardwerke (z.B. Klug-Redman 1996, Canobbio 1998) und im Aufgreifen entsprechender Themen vor allem in Fachzeitschriften für die ambulante Pflege (s.u.) findet. Veränderungsimpulse setzte das Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) dahingehend, als in dem Gesetzeswerk der Pflege erstmals eine eigenständige Beratungskompetenz zugesprochen und ein Beratungsauftrag der Leistungsträger zur Pflegeberatung formuliert wurde.

⁵² Diese Beschränkung kommt bereits in den bundesdeutschen Berufsbezeichnungen für die Pflege, wie „Kranken-“ und „Altenpflege“ zum Ausdruck. Nach dem neuen österreichischen Bundesgesetz für „Gesundheits- und Krankenpflegeberufe“ (GuKG) von 1997 gehören Gesundheitsförderung und -beratung im Rahmen der Pflege zum „eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich“ (§ 14 GuK) und die Mitwirkung an präventiven Maßnahmen zum „interdisziplinären Tätigkeitsbereich“ (§ 16 GuK) der Pflege.

Der in §7 SGB XI mit Blick auf die Pflegekassen formulierte Auftrag einer neutralen Beratung für pflegebedürftige bzw. für von Pflegebedürftigkeit bedrohte Menschen und ihre Angehörigen wird in unterschiedlicher Akzentuierung in den Landesgesetzen zur Umsetzung des Pflegeversicherungsgesetzes präzisiert. So sieht §4 des Pflegegesetzes Nordrhein-Westfalen (PfG NRW 1996) eine eingehende Information und Beratung zur Unterstützung der Betroffenen bei der Auswahl des für sie optimalen Versorgungsarrangements auf kommunaler Ebene vor. Als ideale Qualifizierung für die kommunale Pflegeberatung wird von Asam et al. (1997) die Kombination von sozialarbeiterischer und pflegerischer Fachkompetenz herausgestellt. Berichte über die Etablierung kommunaler Pflegeberatung lassen darauf schließen, dass sich vorrangig die Sozialarbeit das neue Aufgabengebiet erschlossen hat (s. Asam et al. 1997, Teil C). Nicht nur dort, wo im Vorfeld der Einführung der Pflegeversicherung im Rahmen der Altenarbeit als Pendant zum Sozialdienst der Krankenhäuser auf kommunaler Ebene bereits spezielle Beratungsstellen etabliert worden waren, wie die Berliner Koordinierungsstellen (Wißmann 1994) oder die Informations- Anlauf- und Vermittlungsstellen in Baden-Württemberg (Grieshaber 1992, Zimborski 1992), dominiert die Sozialarbeit (vgl. a. Ewers/Schaeffer 2000).

Die in § 37 SGB XI vorgesehene Pflegeberatung bei der häuslichen Pflege durch Laien als Voraussetzung für den Bezug von sog. Sachleistungen birgt im Ansatz die Chance, von pflegerischer Seite professionelle Unterstützungs- und Schulungskonzepte, z.B. im Sinne des Coaching, zu etablieren. Inwieweit sie zur Wahrnehmung professioneller Pflege durch die Betroffenen als unterstützende Beratungsinstanz beiträgt, wie dies beispielsweise im Fall der oben beschriebenen, ambulanten Palliativdienste konzeptionell angelegt ist, ist jedoch fragwürdig, da sich die Pflege hier stets im Spannungsfeld zwischen Beratung und Kontrolle bewegt und festgestellte Pflegemängel Sanktionen in Form von Leistungskürzungen seitens der Pflegekassen zur Folge haben können (Buhl 1995, Wünsche 1998). Auch war nach Einführung der Pflegeversicherung mit Blick auf §45 SGB XI eher die Tendenz zum Anbieten von "Trockenkursen" für pflegende Angehörige zu verzeichnen, statt einer gezielten, in den Alltag integrierten, pflegerischen Beratung und Anleitung, ein Ansatz der von einzelnen Trägern teilweise revidiert wurde (z.B. Seisler 1991, vgl. a. Wasilewski et al. 1995).

Innovative pflegerische Versorgungsmodelle mit einer supervidierenden Beratungs- und Schulungskomponente finden sich im deutschen Gesundheitssystem bislang vorrangig im Bereich der Versorgung schwerstkranker und -pflegebedürftiger Menschen (z.B. Sommerfeld et al. 1992, Liedtke/ Schulz-Gödker 1995, Meuret/Home Care Team 1997, Kern 1999, Ewers 1998). Sie knüpfen konzeptionell teilweise an (Pflege-)Modelle aus dem englischsprachigen Raum, wie das auch das der Macmillan Nurse in Großbritannien (Johnston 1999, 6ff) an.

Insgesamt sind in der bundesdeutschen Gesundheitsversorgung institutionalisierte Formen professioneller Patientenberatung durch die Pflege bisher ein Randphänomen geblieben. Gleichwohl beginnt sich die Pflege zunehmend spezielle Bereiche der „Beratungspflege“ zu erschließen oder wird von den die Patienteneduktion tragenden Berufsgruppen hierfür „entdeckt“. Neben der Pflegeberatung gemäß §37 SGB XI gelten als etablierte Bereiche pflegerischer Patientenberatung und -schulung mittlerweile die in

der stationären Versorgung meist von der Kinderkrankenpflege getragene Wöchnerinnen- bzw. Stillberatung und die Stoma- und Inkontinenzberatung (z.B. Schiebold 1995, Mensdorf 1996, Peters-Gawlik 1998). Ferner zeichnet sich zunehmend die Einbindung von sog. „Schulungsschwestern- und pflegern“ in Patientenschulungsprogramme ab, so für Menschen mit Diabetes mellitus (Ratzmann 1993, Conrad 1999), Asthma (Richter 1992, Steinhoff et al. 1997), die bereits erwähnten Modelle einer (supervidierende) Beratung und Anleitung in der häuslichen (Palliativ-)Pflege vor allem von Tumorpatienten im fortgeschrittenen Krankheitsstadium (z.B. Sommerfeldt et al. 1992, Meuret/Jocham 1992, Meuret/Home Care Team 1997, Kern 1999) und Pflegeberatung in der onkologischen Rehabilitation (z.B. Werbke 1999).

Des Weiteren wurden zur Verbesserung des Schnittstellenmanagements bei Klinikentlassungen pflegebedürftiger Menschen in den letzten Jahren Stabsstellen für Pflegeüberleitung im Klinikbereich etabliert, deren Handlungsfeld - je nach Aufgabenschnitt in den einzelnen Krankenhäusern - neben der Beratung und Unterstützung für die Sicherstellung eines tragfähigen Versorgungsarrangements auch die gezielte Vermittlung von Pflegefertigkeiten für pflegende Angehörige umfasst (Joosten 1993).

Inwieweit Konzepte der Beratung und Anleitung Eingang in die Pflegepraxis gefunden haben und Pflegende in Patientenschulungsprogramme eingebunden sind, kann anhand der verfügbaren Informationen derzeit nicht abgeschätzt werden. Insgesamt vermittelt die vorliegende Literatur jedoch den Eindruck, dass die bundesdeutsche Pflege noch weit davon entfernt ist, Beratung und Anleitung in der geforderten Qualität und Breite wahrzunehmen. Ähnlich wie im Fall der zu konstatierenden pflegerischen Leerstelle in der „interdisziplinären“ Schmerztherapie, scheint der bundesdeutschen Pflege für die kompetente Übernahme von edukativen Aufgaben die hierfür erforderliche pädagogische und klinische Qualifikation zu fehlen.

5.1.4 Patientenedukation als Gegenstand der Ausbildung und der Fachdiskussion in der Pflege

In der deutschsprachigen Forschungsliteratur zur Patientenedukation wird die Pflege zwar vereinzelt als beteiligte Berufsgruppe erwähnt, aber eine tragende Rolle wird ihr nicht zugeschrieben (z.B. Lamparter-Lang 1997b, Petermann 1997b, 4, Schmidt/Dlugosch 1997, 44). Der Pflege fehlen hierzu-lande für die Erarbeitung edukativer Programme offenbar nicht nur die dazu erforderlichen, wissenschaftlichen und konzeptionellen Voraussetzungen, sondern auch eine entsprechende qualifikatorische Basis für die Übernahme edukativer Aufgaben. Die Sichtung curricularer Grundlagen und Lehrbücher für die Pflege, deren Ergebnisse im Folgenden dargestellt werden, zeigt, dass entsprechende edukative Kompetenzen unter den Pflegenden qua Ausbildung nicht vorausgesetzt werden können.

Stellenwert des Themas „Patientenedukation“ in der Pflegeausbildung

Bereits ein Blick auf Rahmenlehrpläne für Pflegeberufe ist hinsichtlich des Stellenwertes, den Fragen der Patienten- und Angehörigenedukation in der Pflegeausbildung einnehmen, ziemlich ernüchternd. So wird nur in einem von

fünf Rahmenlehrplänen für die Kinder- und Krankenpflege aus den neunziger Jahren Patienten- und/oder Angehörigenedukation als Ausbildungsgegenstand aufgeführt. Das Themengebiet wird in den folgenden vier curricularen Rahmenwerken nicht explizit berücksichtigt:⁵³

- im Hessischen Curriculum (Kinder-) Krankenpflege (DBfK 1990/1991),
- in den Lehrplänen für die Berufsfachschule Krankenpflege des Bayerischen Staatsministeriums für Unterricht, Kultus, Wissenschaft und Kunst (1992),
- im Curriculum für die theoretische Ausbildung in der Krankenpflege der Arbeitsgemeinschaft krankenpflegender Ordensleute Deutschlands (AKOD/Dreymüller et al. 1993) und
- im Curriculum-Krankenpflege-ATL von Bachem-Teicher et al. (1991).

Einzig im „Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung“ des Landes Nordrhein-Westfalen finden sich entsprechende Unterrichtseinheiten (Oelke 1998). Neben der Berücksichtigung edukativer Aspekte in einzelnen Lerneinheiten zur Pflege spezieller Patientengruppen sind 48 von 1760 Unterrichtsstunden für die Vermittlung von Grundkenntnissen zur Beratung und Anleitung vorgesehen, was rund 2,5 Prozent des theoretischen Unterrichtspensums entspricht. Es handelt sich konkret um drei Lehreinheiten zu den folgenden Themenkomplexen:

- „Beraten und Anleiten“ (12 Unterrichtsstunden),
- „Gesprächsführung mit Pflegebedürftigen und Angehörigen“ (12 Unterrichtsstunden),
- „pflegeinhaltliche Fragen“ der Beratung und Anleitung (24 Unterrichtsstunden).⁵⁴

Ein ähnliches Bild zeigt sich bei der Sichtung von Lehrbüchern für die Pflegeberufe ab, deren Inhalte den Wissensfundus einer Berufsgruppe beziehungsweise den Stellenwert, den ausgewiesene Experten eines Berufszweiges der Bearbeitung unterschiedlicher Problem- und Aufgabenbereiche in der Berufspraxis einräumen, reflektieren. Während Redman (1993) in einer Rückschau auf 25 Jahre von der Pflege in den USA mitgetragener, konzeptioneller Entwicklungsarbeit zur Patientenedukation immerhin in fast der Hälfte von 31 einschlägigen Lehrbüchern für die Pflege „substantielle“ Beiträge fand, fällt die Bilanz für die Ende der neunziger Jahre auf dem Markt befindlichen Lehrbücher für die Pflegeberufe im deutschsprachigen Raum eher enttäuschend aus.

Nur in acht von 35 Lehrbüchern bzw. Lehrbuchreihen tauchen die Themen „Patienten- und Angehörigenedukation“ oder Subthemen, wie Information, Beratung, Aufklärung oder Anteilung als Stichwort im Inhaltsverzeichnis oder Sachregister auf.⁵⁵ In sechs dieser Bände kann bei einer Abhandlung auf einer

⁵³ Da bislang einzig für die Kinder- und Krankenpflege mit dem Krankenpflegegesetz ein bundeseinheitlicher Rahmen vorlag, beschränkt sich die Darstellung im Folgenden auf die Ergebnisse der Sichtung ausgewählter Curricula und Rahmenlehrpläne für diesen Berufszweig der Pflege.

⁵⁴ Zum konzeptionellen Ansatz der Rahmenempfehlungen s.a. Oelke (1991).

⁵⁵ Die Analyse bezieht sich auf die im aktuellen Verzeichnis der lieferbaren Bücher des Buchhandels 1999 unter den Stichwort „Lehrbuch“ für die Pflegeberufe nachgewiesenen Lehrbücher/ -buchreihen. Auf dieser Grundlage wurden 35 Werke ermittelt, darunter acht für die Kinderkrankenpflege und neun für die Altenpflege konzipierte Lehrbücher. Eine weitere, auf drei Bände angelegte Lehrbuchreihe („Altenpflege Konkret.“ Hg. von K. Stanjek 1998ff. Stuttgart: G. Fischer) wurde nicht berücksichtigt, da Band 3 („Pflegetheorie und -praxis“) Mitte 2000 noch nicht erschienen war.

bis fünf Seiten von „substantiellen“ Beiträgen kaum die Rede sein. Inhaltlich werden vorrangig Aspekte der Patientenaufklärung in der onkologischen Pflege aufgegriffen und „Beratung von Angehörigen“ als Handlungsfeld der häuslichen Pflege und der Altenpflege dargelegt. Einzig in der von Beske 1990 herausgegebenen Lehrbuchreihe wird Patientenedukation unter dem Rahmenthema „Gesundheitserziehung“ behandelt (s. Tabelle 5.0). Gehen wir mit der wissenschaftshistorischen Annahme konform, dass sich in gebräuchlichen Lehrbüchern der paradigmatische Wissensbestand einer Berufsgruppe findet (Kuhn 1967), verwundert es angesichts dieser Befunde kaum, wenn der potentielle Beitrag der Pflege für eine effektive Versorgung chronisch kranker Menschen bisher im bundesdeutschen Gesundheitswesen kaum erkannt und mobilisiert wurde. Ergänzend sei hier angemerkt, dass das dem Thema „Patientenedukation“ in dem von Brunen und Herold Mitte der neunziger Jahre in der ersten Auflage erschienen Handbuch „Ambulante Pflege“ immerhin ein zentraler Stellenwert eingeräumt wird (vgl. Brunen/Herold 1995, 2001).

Tabelle 5.0: Patienten- und Angehörigenedukation in acht von 35 Lehrbüchern für Pflegeberufe

Autor/Hg. Jahr/Auflage	Titel	Verhältnis zur Gesamtseitenzahl	Kontext
Beske (1990)	Lehrbuch für Krankenpflegeberufe, Band 1: Theoretische Grundlagen	ca. 2 von 1057 Seiten	Kap. Krankenpflegeberufe in der Gesundheitserziehung; Unterkap. Gespräch als Maßnahme der Gesundheitserziehung
Clauss/Mecky (1997)	Kursbuch Pflege	ca. 1 von 900 Seiten	Kap. Hauskrankenpflege
Margulies et al. (1994)	Onkologische Krankenpflege	17 von 936 Seiten	Kap. Aufklärung/Information von Tumorpatienten
Schäffler/Menche (1997)	Pflege Konkret: Innere Medizin	ca. 3 von 784 Seiten	Kap. Pflege in der Hämatologie und Onkologie
Sieber/Weh (1991)	Ganzheitliche Grund- und Behandlungspflege	ca. 19 von 420 Seiten	Kap. Hilfen für den alten Menschen
Holoch et al. (1999)	Lehrbuch Kinderkrankenpflege	ca. 3 von 1140 Seiten	Kap. Methoden und Verfahren des pflegerischen Handelns; Unterkap. Pflegeberatung
Braun/Halisch (1989)	Pflegeplanung als Arbeitsstil	ca. 5 von 116 Seiten	Kap. Pflegeplanung und die Kooperation mit Angehörigen
Büker (1995)	Altenpflege als Beruf	1 von 311 Seiten	Kap. Aufgaben in der Altenhilfe

Patientenberatung und -anleitung im Spiegel der Fachpresse

Anhaltspunkte über die Bedeutung, die Fragen der Patienten- und Angehörigenedukation in der aktuellen Fachdiskussion der Pflege beigemessen wird, finden sich in der entsprechenden Zeitschriftenliteratur. Die Sichtung der letzten elf Jahrgänge von neun ausgewählten Pflegezeitschriften mit Transfercharakter zeigt, dass Einzelaspekte der Patienten- oder Angehörigenedukation im Zeitraum von 1989 bis 1999 in

verschiedenen Beiträgen explizit oder implizit aufgegriffen wurden (s. Tabelle 5.1) und zwar vorrangig in Zeitschriften, die sich an die ambulante Pflege und an die Altenpflege richten.⁵⁶ Entsprechend dominiert die Erörterung von Fragen der Angehörigenarbeit, der Beratung über Hilfsangebote bei Pflegebedürftigkeit, speziell in der häuslichen Pflege betagter Menschen, Aspekte der Pflegeberatung nach §37 SGB IX, sowie Pflegeberatung und –anleitung im Rahmen des Übergangs zwischen stationärer und ambulanter Versorgung. Weitere inhaltliche Schwerpunkte der Diskussion in den Pflegefachzeitschriften bilden Patienten- und Angehörigenschulung bei Diabetes und dementiellen Veränderungen, (In-)Kontinenz- und Stomaberatung, Patientenanleitung bei Hemiparese und Bewegungskorrekturen sowie Fragen der Aufklärung und Beratung von Patienten und Angehörigen im Bereich der Onkologie. Fragen der Gesundheitsberatung beschränken sich fast ausnahmslos auf Osteoporose. Neben den in Tabelle 5.1 aufgeführten pflegebezogenen Themen werden in Zeitschriften für die ambulante Pflege Modelle von der Sozialarbeit getragener, kommunaler (Pflege-)Beratungs- und Koordinationsstellen vorgestellt (Grieshaber 1992, Heinemann-Knoch/Korte 1995, Mutschler et. al. 1992, Wessel 1992) und die Einbindung der Sozialarbeit als Beratungsinstanz in ambulante Pflegedienste diskutiert (Wißmann 1990, Henkel et al.1993).

Betrachten wir Fachzeitschriften als Spiegel der aktuellen Diskussion, so erweist sich die Problemsicht und der wahrgenommene Handlungsbedarf im Bereich der Pflegepädagogik und in der Pflegeforschung zur Bedeutung von Patienten- und Angehörigenbildung bisher als gering ausgeprägt. Weder in der Zeitschrift „Pflegepädagogik“ noch in der Zeitschrift „Pflege und Gesellschaft“, dem Verbandsorgan der DV-Pflegewissenschaft, findet sich in den letzten elf Jahrgängen ein Beitrag, der sich explizit auf die Fragen der Patientenedukation bezieht. Auch in der im deutschsprachigen Raum bisher einzigen pflegewissenschaftlichen Zeitschrift im engeren Sinn „Pflege“ werden Probleme der Angehörigenarbeit in einzelnen Beiträgen eher implizit berührt, so in Berichten zu Studien über Angehörige in der Langzeitpflege (Meier 1989), zur Patientenanleitung bei der postoperativen Schmerzbehandlung (Hofer 1993) und zur Aufklärung bei koronaren Herzkrankheiten (Steininger 1996). Einzig in der Zeitschrift „Unterricht Pflege“ wird das Thema Klientenberatung als Unterrichtsbeispiel für die Verbindung von Theorie und Praxis aufgegriffen (Rüller 1998). Insgesamt lässt die Literaturanalyse auf eine Diskrepanz zwischen dem Stellenwert, der Fragen der Patienten- und Angehörigenbildung in Lehre und Forschung eingeräumt wird, und dem Handlungsdruck in der Praxis schließen.

Bisher wurden im deutschsprachigen Raum vorrangig Modellprojekte zur Beratung im Bereich der häuslichen Pflege schwerstpflegebedürftiger Menschen durchgeführt. Neben Modellvorhaben zur Pflegeüberleitung und

⁵⁶ Die Jahrgänge 1989 bis 1999 der ausgewählten Pflegezeitschriften bezog sich auf Beiträge, in denen zumindest Teilaspekte der folgenden Stichworte aufgegriffen wurden:

- Patienten-/Angehörigen-/Familienaufklärung und -beratung,
- Patienten-/Angehörigen-/Familienanleitung und -schulung sowie
- Patienten-/Angehörigen-/Familienbildung.

Wie bereits dargelegt, förderte die online-Abfrage zu diesen Stichwortkombinationen in verschiedenen Datenbanken keinen Nachweis über entsprechende „pflegebezogene“ Beiträge zutage, angesichts der unzureichenden Verschlagwortung fanden sich auch im Sach-/Schlagwortregister (sofern vorhanden) bei der Sichtung der einzelnen Zeitschriftenbände kaum entsprechende Verweise. Die Recherche erhebt daher keinen Anspruch auf Vollständigkeit im Sinne der Erfassung aller Beiträge in den gesichteten Zeitschriften, die Patienten- und/oder Angehörigen-/Familienbildung „implizit“ aufgreifen.

Beratungspflege (Joosten 1993, Liedke/Schulze-Gödker 1995) ist hier auf die Begleitstudie des Instituts für empirische Soziologie Nürnberg (Wasilewski et al. 1995) zu einem Modellprojekt der Technikerkasse zu verweisen, dessen Fokus jedoch auf der Beratung und Anleitung pflegender Angehöriger lag.

Tabelle 5.1: Beiträge zu (Teil-)Aspekten der „Patienten-/Angehörigenedukation“ in neun Pflegezeitschriften (1989 bis 1999)*

Erscheinungsjahr	Beiträge/Anzahl	Themenbereiche
1989	sieben Beiträge	Angehörigenberatung/-arbeit Patientenaufklärung (Onkologie) Patientenanleitung/Training n. Bobath bei Hemiparese Modellprojekt Beratungspflege (Überleitung)
1990	neun Beiträge	Patientenaufklärung (Onkologie) Patientenschulung/-anleitung (Diabetes, In-/Kontinenz) Angehörigen-/Familienberatung (Onkologie, Altenpflege) Gesundheitsberatung (Osteoporose) Modellprojekt Beratungspflege (Überleitung)
1991	zwölf Beiträge	Patientenschulung (Diabetes, Haltungs-/Bewegungskorrekturen) Patientenaufklärung allgemein Pflegeberatung/Angehörigenarbeit (Demenz, häusliche Pflege allgemein) Gesundheitsberatung (Osteoporose)
1992	fünf Beiträge	Übergangs-/leitungspflege (Gerontopsychiatrie, Onkologie), Beratungspflege (Neonatologie) Patientenschulung (In-/Kontinenz)
1993	dreizehn Beiträge	Patientenanleitung/-schulung (Diabetes, Hirnleistungsstörungen, Medikation bei alten Menschen, In-/Kontinenz, Palliativpflege) Gesundheitsberatung (Ernährung, Osteoporose) Pflegeberatung allgemein, Angehörigenarbeit
1994	zwei Beiträge	Pflegeberatung allgemein, In-/Kontinenzberatung
1995	dreizehn Beiträge	Angehörigenberatung/-schulung Patientenberatung allgemein Pflegeberatung n. §37 SGB XI Patienten/Angehörigenanleitung (Diabetes, In-/Kontinenz) Pflegeberatung/-anleitung (integrierte Pflegekurse)
1996	drei Beiträge	Patientenschulung Angehörigen/Familienberatung
1997	zwei Beiträge	Alten-/Angehörigenberatung(-sstellen) Angehörigenarbeit
1998	sechs Beiträge	Angehörigenberatung/-schulung Patientenschulung (Diabetes) Pflegeberatung n. §37 SGB XI
1999	zwölf Beiträge	Patienten-/Angehörigenberatung(-sstellen) Angehörigenarbeit (häusliche Pflege, Intensivpflege) Patientenschulung (Diabetes, Onkologie) Integrierte Wochenpflege Pflegeüberleitung

*) Altenpflege, Die Kinderkrankenschwester, Die Schwester/Der Pfleger, Forum Sozialstation, Häusliche Pflege (Jg. 1/1992ff), Heilberufe, Pflege aktuell (vormals Krankenpflege), Pflegen ambulant (Jg. 1/1990), Pflegezeitschrift (vormals Deutsche Krankenpflegezeitschrift)

Als Gegenstand der Pflegeforschung wurde das Thema „Patientenedukation“ Ende der neunziger Jahre in zwei Forschungsvorhaben aufgegriffen. Unter der Federführung des Instituts für Pflegewissenschaft der Universität Witten/Herdecke lag der Fokus eines breit angelegten Projektes zur Patienten- und Familienedukation bisher auf dem Aufbau von zwei Patienteninformationszentren nach US-amerikanischem Vorbild (vgl. Abt-Zeglin 1999, Siedhoff i.E.).⁵⁷ In dem qualitativ angelegten Teilprojekt des Nordrhein-westfälischen Forschungsverbundes Public Health „Patientenaufklärung und -anleitung als Aufgabe zur Verbesserung der Pflegequalität“ galt es, beispielhaft für das Schmerzmanagement konzeptionelle Leitlinien für patientenanleitende Maßnahmen auf Grundlage der Untersuchung des Bedarfs und der Bedürfnisse chronisch kranker, ambulant betreuter Patienten zu erarbeiten (Schaeffer 1998b).

5.2 Patientenedukation im Rahmen der Schmerztherapie bei progredienten Erkrankungen: Anforderungen und beispielhafte Konzepte

Eine grundlegende Komponente interdisziplinärer Schmerztherapieprogramme bei chronischen Schmerzzuständen ist die Aktivierung der Patientinnen und Patienten. Die Ergebnisse einer Erhebung zur schmerztherapeutischen Versorgung in Nordrhein-Westfalen unterstreichen denn auch, dass von Expertenseite der Patientenaktivierung im Rahmen der Therapie chronischer Schmerzen eine zentrale Bedeutung beigemessen wird. Die Befunde dieser Studie zeigen allerdings auch, dass sie selbst in den auf Schmerztherapie spezialisierten Einrichtungen in der Praxis eher selten realisiert wird (Baune 1998).

5.2.1 Erfordernisse der Patientenedukation in der Schmerztherapie

Ziele schmerzmanagementbezogener Patientenedukation für Menschen mit schweren, progredienten Erkrankungen (z.B. Tumorerkrankungen, Aids) sind, wie es auch Rimer et al. (1992) am Beispiel von Tumorerkrankungen darlegen, die Gewährleistung einer adäquaten Schmerzkontrolle und die Schmerzprävention. Dies setzt zum einen die Vermittlung von Therapiewissen voraus. Wesentlich ist zum anderen aber auch die Vermittlung von instrumentellen Fertigkeiten und Fähigkeiten zur Medikamentenapplikation (z.B. Umgang mit Morphinplastern oder Morphinpumpen) und zur (Selbst-)Anwendung geeigneter, ergänzender Verfahren des Schmerzmanagements, seien es psychologische Verfahren der Selbstinstruktion (z.B. Selbsthypnose, Entspannungs-/Imaginationstechniken) oder physikalischer Therapieverfahren, wie Wärme- und Kälteanwendungen, oder Verfahren der Elektrostimulation. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit chronischen Schmerzzuständen aufgrund von progredienten Erkrankungen ist die Einbeziehung der jeweiligen Bezugspersonen in die Schmerzedukationsprogramme von zentraler Bedeutung, da im häuslichen Setting die Durchführung von Maßnahmen zur Gewährleistung einer ausreichenden Schmerzkontrolle vielfach ihnen obliegt, sei es aufgrund zeitweiser Einschränkungen der Selbst-

⁵⁷ In diesem Rahmen wurde von Renneke eine kommentierte Bibliographie deutschsprachiger Literatur für Pflegende zum Thema Patienten- und Angehörigenedukation erstellt, die inzwischen vom KDA veröffentlicht wurde (s. Renneke 2000).

pflegefähigkeiten in akuten Krankheitskrisen oder eines zunehmenden Unterstützungsbedarfs infolge der Krankheitsprogression.

Wie die sich offenbar gerade im westlichen Kulturkreis hartnäckig haltenden Morphinmythen zeigen, bestehen auch bei dieser Patientengruppe vielfach falsche Vorstellungen über die Wirkungsweise und unerwünschte Arzneimitteleffekte im Rahmen der Schmerztherapie. McCaffery und Pasero (1998) schätzen die Furcht der Betroffenen vor Sucht als wahrscheinlich größte Barriere für eine effektive analgetische Schmerzkontrolle mit Opioiden bei Tumorschmerzen ein. Eine der größten Herausforderungen sehen die Autorinnen in der Erforschung entsprechender Barrieren und der Entwicklung effektiver Edukationstrategien. Sowohl seitens der Betroffenen wie auch seitens professioneller Akteure im Gesundheitswesen werden die Begriffe Sucht, Toleranz und Abhängigkeit oftmals vermischt. Missverständnisse und unbegründete Ängste vor unerwünschten Therapieeffekten halten die betroffenen Menschen davon ab, Schmerzen zu bekunden, Analgetika zu verlangen, sie einzunehmen, oder veranlassen sie dazu, die für eine effektive Schmerzkontrolle erforderliche Analgetikadosis zu reduzieren, oder halten sie von der indizierten, zeitkontingenten Einnahme der Analgetika ab und lassen sie die Schmerzen bis zur nächsten Einnahme so lange aushalten, bis sie unerträglich sind, mit der Folge des Auftretens von nur schwer kontrollierbaren Schmerzspitzen. Deutlich wurde zudem in vorliegenden Studien, dass entsprechende Ängste bei schweren Erkrankungen im Verlauf der Opioidtherapie nicht etwa zurückgehen, sondern eher zunehmen.

Eine in ihrer Art bisher wohl einmalige, repräsentative Studie wurde 1993 im Auftrag des Mayday Funds zum Thema Schmerz in den USA durchgeführt. In der bundesweiten Telefonumfrage von 1.000 Erwachsenen zeichnete sich das folgende Bild ab:

- rund 85 Prozent der Befragten befürchteten, von Schmerzmedikamenten abhängig zu werden, insbesondere der Begriff "narkotische Substanzen" erwies sich diesbezüglich als angstbesetzt,
- nur 41 Prozent der Befragten glaubten, dass auch bei schweren Schmerzzuständen eine weitgehende Schmerzlinderung möglich sei (Bostrom 1997).

Die Ergebnisse verdeutlichen ein Paradoxon im Umgang mit analgetischen Substanzen. Während allein die Verbrauchszahlen analgetischer Substanzen darauf schließen lassen, dass bei „banalen“ Schmerzzuständen im Rahmen der Selbstbehandlung vielfach, teilweise auch unreflektiert auf nicht verschreibungspflichtige Analgetika zurückgegriffen wird, bestehen unter der Bevölkerung bei schweren, chronischen Schmerzzuständen aufgrund von progredienten Erkrankungen ausgeprägte Vorbehalte und Ängste gegenüber einer Schmerztherapie. Die hier angezeigte, zeitkontingente Schmerzmedikation wird insbesondere beim Rückgriff auf Opioide mit Suchtverhalten assoziiert und ist entsprechend negativ besetzt. So wurde in einer Befragung von Ward et al. (1993) unter 270 Tumorkranken deutlich, dass die Sorge bezüglich der Suchtgefahr bei der Einnahme analgetischer Substanzen die Betroffenen sowohl vor der Schmerzbekundung wie auch von der Analgetikaeinnahme abhält. Thomason et al. (1998) sehen denn auch die vergleichsweise geringe Schmerzprävalenz verbunden mit einer relativ hohen Schmerzintensität und Funktionsbeeinträchtigung bei der Angabe von Schmerzen in

dem von ihnen durchgeführten Survey zum Tumorschmerz als Indiz für eine geringe Bereitschaft der Betroffenen, geringe bis milde Schmerzzustände überhaupt zu bekunden. Schmerzen werden von Tumorkranken - so die Interpretation der Autoren - erst dann berichtet, wenn sie kaum mehr aushaltbar und bereits im erheblichen Maße mit Beeinträchtigungen der Funktionsfähigkeit verbunden sind.

Eine Studie von Ferrell et al. (1995) zeigte, dass pflegende Angehörige nicht nur aufgrund der Befürchtung des Auftretens unerwünschter Arzneimittelwirkungen, wie Atemdepression, sondern auch aufgrund ausgeprägter Ängste vor der Entwicklung von Sucht und einer möglichen Opioidtoleranz zur Untermedikation der von ihnen zu Hause betreuten Tumorkranken tendieren. Des Weiteren wurde deutlich, dass eine eingehende Information und Anleitung gerade bei einer Langzeittherapie mit Opioiden nicht nur initial, sondern auch begleitend erfolgen sollte. Aufgrund der hohen emotionalen Besetzung und der sich selbst unter Angehörigen der verschiedenen Gesundheitsprofessionen haltenden „Morphin-Mythen“ ist ein grundlegender Einstellungswandel und der Abbau von Ängsten gegenüber der Schmerztherapie, auch wenn gute schriftliche Informationsmaterialien verfügbar sind, kaum durch einmalige, edukative Interventionen erzielbar. Als zentral wird von den Autorinnen die konsistente, fundierte und wiederholte Information und Anleitung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen herausgestellt. In dem Rahmen sollte ein besonderes Augenmerk auf den Abbau einstellungsbezogener Barrieren gegenüber der Schmerztherapie gelegt werden, wobei es die folgenden Aspekte zu berücksichtigen gilt:

- Begriffe, wie Narkotika sind vielfach negativ besetzt,
- Patienten, die Opioide verabreicht bekommen, und ihre Angehörigen haben oftmals ausgeprägte Ängste vor der Entwicklung von Drogensucht und Toleranz,
- die Bedeutung von Sucht, Toleranz und physischer Abhängigkeit wird oft vermischt,
- auch wenn den Betroffenen vermittelt wird, dass die Suchtgefahr erwiesenermaßen äußerst gering ist, können sie befürchten, zum gefährdeten Personenkreis zu zählen,
- die bei chronischen Schmerzen erforderliche, kontinuierliche Schmerzmedikation wird vielfach mit Suchtverhalten gleichgesetzt, da die Verabreichung antizipatorisch, d.h. vor dem Auftreten von Schmerzen bzw. Schmerzspitzen erfolgt,
- gerade bei schweren, progredienten Erkrankung bestehen Ängste zu früh auf Opioide zurückzugreifen, d.h. es wird eine Abnahme der Wirksamkeit (Toleranzentwicklung) befürchtet, so dass im fortgeschrittenen Krankheitsstadium keine wirksamen Schmerzmittel mehr zur Verfügung stünden (s.a. McCaffery/Pasero 1998).

Die Ursachen für die Schere zwischen dem schmerztherapeutisch Machbaren und der Schmerzkontrolle in der Versorgungspraxis sind somit auch in einstellungsbezogenen Barrieren auf der Seite der Betroffenen und in ihrem sozialen Umfeld zu sehen. Sie werden durch die vorherrschende Versorgungspraxis oftmals noch verstärkt oder nur unzureichend ausgeglichen. Unter Bezugnahme auf Studien zur Qualität der Schmerzversorgung in den USA von Roenn et al. (1993) und Ward et al. (1993), arbeiteten Syrjala und Abrams (1999) die folgenden miteinander verwobenen Faktoren heraus,

die die Einleitung einer ausreichenden Schmerzkontrolle selbst bei schweren Tumorschmerzen bereits auf der Ebene der Ermittlung von Schmerz verhindern⁵⁸:

- eine unzureichende Integration des Schmerzassessments in die Behandlungspraxis,
- ein unzureichendes Wissen und Unsicherheit der Betroffenen darüber, welche Informationen für die professionellen Akteure relevant sind und welche Behandlungsmöglichkeiten zur Schmerzkontrolle es gibt,
- Widerstreben der Betroffenen, Schmerzen zu bekunden und verordnete Medikamente zu nehmen
- Mythen, die die Kommunikation zwischen Betroffenen, Angehörigen und betreuenden Gesundheitsberufen beeinträchtigen (Syrjala/Abrams 1999, 301).

Die Sicherstellung einer adäquaten Schmerzversorgung setzt daher auch und gerade bei progredienten Erkrankungen eine eingehende Beratung und Anleitung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen voraus.

5.2.2 Patientenedukation zur Schmerzkontrolle bei chronisch-letalen Erkrankungen am Beispiel von Tumorschmerz

Die in verschiedenen Studien ermittelten Dimensionen patientenbezogener Barrieren des Schmerzmanagements zeigen, dass die oben skizzierten Grundprinzipien der Patientenedukation von Petermann (1997b, 4f) auch hier ihre Gültigkeit besitzen. Übertragen auf Patientenschulungsprogramme im Rahmen der Schmerztherapie lassen sich die folgenden Anforderungen definieren:

- Aufklärung durch Wissensvermittlung und Förderung eines differenzierten Wissens über Mechanismen der Entstehung und Aufrechterhaltung des Schmerzes und der Therapie chronischer Schmerzen, sowie die Vermittlung instrumenteller Fertigkeiten zur Umsetzung von Maßnahmen der Schmerzkontrolle;
- Aufbau einer angemessenen Einstellung zum Schmerz und seiner Bewältigung, gegebenenfalls das Hinwirken auf eine Modifikation der Schmerzauffassung, der Abbau von irrationalen Vorbehalten gegenüber

⁵⁸ Auch die diesbezüglichen Ergebnisse einer Studie zur Lebensqualität bei Aids von Breitbart et al. (1998a) unterstreichen, dass patientenbezogene Barrieren und Vorbehalte hinsichtlich der vielfach berichteten, unzureichenden Schmerzversorgung selbst bei Patientinnen und Patienten mit schweren, letal verlaufenden Erkrankungen zum Tragen kommen können. Breitbart et al. (1998a) ermittelten in diesem Rahmen patientenbezogene Barrieren, die einem adäquaten Schmerzmanagement entgegenstehen, auf der Grundlage einer modifizierten Version des „Barriers Questionnaires“ (BQ, s.a. Ward et al. 1993) unter 199 in ambulanter Behandlung befindlichen Aids-Kranken in New York City. Die größte Zustimmungsrate zu den als Statements formulierten Items wiesen Aussagen zum Suchtpotential, zur Beeinträchtigung durch die Applikation von Opioiden (z.B. i.v.-Injektion) und zu unerwünschten Arzneimittelwirkungen auf. Ein Einfluss von Alter, Geschlechtszugehörigkeit oder der HIV-Risikogruppenzugehörigkeit ließ sich nicht nachweisen, wohl aber bezogen auf das Bildungsniveau und die ethnische Zugehörigkeit, d.h. der BQ-Index war unter den Befragten mit einem höheren Bildungsniveau und bei sog. kaukasischen Patientinnen und Patienten geringer ausgeprägt. Ferner zeichnete sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Höhe des BQ-Index und dem Befindensstatus der Betroffenen, gemessen anhand der Anzahl physischer Symptome und der Ausprägung psychologischer Befindensbeeinträchtigungen, ab. Der BQ-Index erwies sich denn auch im Rahmen der regressionsanalytischen Überprüfung als herausragender Prädiktor für eine unzureichende Schmerzversorgung, die anhand des Pain Management Index (PMI) ermittelt worden war.

- schmerztherapeutischen Interventionen, die Förderung von Bewältigungs-kompetenzen zur Erhöhung der Therapiemotivation und der Aktivierung;
- Sensibilisierung der Körperwahrnehmung und Befähigung zum Erkennen von Warnsignalen und Vorboten für Überlastungszeichen und sich anbahnende Schmerzkrisen;
 - Stärkung und Entwicklung von Kompetenzen zum Schmerzmanagement durch die Vermittlung spezieller Fertigkeiten zur Selbstpflege und Selbstbeobachtung;
 - Befähigung zur Durchführung von Maßnahmen der Prophylaxe und Sekundärprävention von Schmerzkrisen, d. h. die Befähigung zur Verhaltensänderung hin zu einer gesundheitsförderlichen, das Wohlbefinden fördernde Lebensweise, z.B. durch Vermeidung von Belastungssituationen, die Schmerzspitzen auslösen können, oder deren Prävention durch regelmäßige Durchführung von Entspannungsübungen;
 - Stärkung sozialer Kompetenzen und Ressourcen zur Mobilisierung sozialer Unterstützung, insbesondere die Befähigung zur Kommunikation über Symptomlagen und psychosoziale Aspekte des Schmerzerlebens mit professionellen Akteuren und Angehörigen, die Stärkung von Kompetenzen zur Nutzung von Gesundheitsdiensten durch Informationen über die Funktionsweise des Gesundheitssystems und des Zugangs zur Schmerztherapie.

Beispielhaft erscheint das von Rimer et al. (1992) am FOX Case Cancer Center in den USA entwickelte Edukationsprogramm zur Tumorschmerzkontrolle. Es knüpft u.a. an Konzepte der subjektiven Gesundheits- bzw. Krankheitstheorien an, wonach die Herstellung von Kongruenz zwischen Laien- und Expertenkonzepten über Krankheits- bzw. Schmerzphänomene grundlegend ist für die erfolgreiche Umsetzung von Schmerztherapieregimen. Hintergrund der Programmentwicklung waren Befunde einer Erhebung unter 82 schmerztherapeutisch betreuten Tumorpatienten, zu deren Kenntnissen über Prinzipien der Schmerzkontrolle (Krankheits- und Therapiewissen) und ihren diesbezüglichen Einstellungsmustern. Deutlich wurde in der jeweils vierzehn Tage nach der Verordnung der Schmerztherapie durchgeführten Erhebung, dass zwar 88 Prozent der Patientinnen und Patienten die verordneten Medikamente einnahmen und 77 Prozent die Bezeichnungen ihrer Medikamente kannten, sich jedoch rund 20 Prozent nicht an den Verordnungsmodus (Dosierung und/oder Zeitplan) hielten. Gravierender wurden die festgestellten Wissensdefizite bezüglich möglicher, unerwünschter Therapieeffekte eingestuft. So äußerten 20 Prozent der Betroffenen - und zwar vorrangig Patientinnen und Patienten mit starken Schmerzzuständen - mittlere bis große Befürchtungen, süchtig zu werden und bezüglich einer möglichen Toleranzentwicklung. Die Angst davor, dass wenn die Schmerzen stärker werden, keine ausreichend wirksamen Medikamente mehr zur Verfügung stehen, war besonders unter denjenigen Tumorpatientinnen und -patienten ausgeprägt, die bereits an starken Schmerzzuständen litten.

Ausgehend von diesen Befunden wurde daher von Rimer et al. (1992) ein spezielles Schulungsprogramm für die Tumorschmerztherapie entwickelt:

- zur Wissenserweiterung über Schmerzkontrollregime,
- zur Vermittlung von Fähigkeiten der Selbstbeobachtung und des Managements von unerwünschten Therapieeffekten der Schmerzmedikation (z.B. Sedierung, Übelkeit und Erbrechen, Obstipation),

- zum Abbau von falschen Vorstellung über Toleranz und Suchtgefahr und
- zur Verbesserung der Therapietreue.

Das Interventionsprogramm basiert auf individuellen Beratungsgesprächen, die von speziell geschulten Pflegefachkräften für Onkologie durchgeführt und durch schriftliche Materialien unterstützt werden. Entwickelt wurde ein modular aufgebautes Patientenbuch zur Strukturierung der Beratungsgespräche und eine gezielte Anleitung der Betroffenen. In dem Patientenbuch werden schmerzrelevante Grundinformationen, der jeweilige Therapieplan, einschließlich ergänzender Informationsmaterialien, die speziell auf die individuellen Problemlagen der Betroffenen hin zugeschnitten sind, zusammengestellt. Die Evaluation bestätigte die Effektivität des systematischen auf die individuellen Schulungsbedarfe angepassten Edukationsansatzes auf den Ebenen der Wissensvermittlung, des Einstellungswandels und der Therapiemotivation.⁵⁹ Mit 81 gegenüber 61 Prozent war der Patientenanteil mit einer korrekten Medikationseinnahme in der Interventionsgruppe deutlich höher. Auch war mit fünf gegenüber 13 Prozent der Anteil der Patientinnen und Patienten mit Dosisabweichungen und mit 38 gegenüber 57 Prozent die Tendenz, die Schmerzmedikation bei einer Befindensverbesserung abzusetzen, in der Interventionsgruppe geringer ausgeprägt. Die Patientinnen und Patienten, die eine systematische Schulung erhalten hatten, erinnerten sich eher an den Verordnungsmodus, waren eher der Überzeugung, dass eine Prävention unerwünschter Therapieeffekte möglich ist und äußerten weniger Befürchtungen bezüglich einer möglichen Sucht- und Toleranzentwicklung. Entsprechend konnte im Durchschnitt eine bessere Schmerzkontrolle bzw. -linderung unter den Angehörigen der Interventionsgruppen erzielt werden. In der Interventionsgruppe gaben 44 Prozent gegenüber nur 24 Prozent der Betroffenen, die in herkömmlicher Weise ihre Therapieanweisungen erhalten hatten, an, keine Schmerzen zu haben oder nur im geringen Maße an Schmerzen zu leiden.

Ausgehend von den Erfahrungen, die bei der Erprobung des Edukationsprogramms zur Tumorschmerzkontrolle gewonnen worden waren, entwickelten Rimer et al. (1992) ein Rahmenkonzept für die Patientenedukation bei Tumorschmerz, dass in den Grundzügen für andere Patientengruppen geeignet erscheint. Analog zu allgemeinen (Regelkreis-)Modellen zielgerichteten Handelns wird für ein strukturiertes Vorgehen die Differenzierung von fünf Phasen des Edukationsprozesses empfohlen:

- das Assessment,
- die Zielsetzung,
- die Auswahl geeigneter Edukationsstrategien,
- die Umsetzung der Edukationsstrategien und
- die Evaluation.

⁵⁹ An der Interventionsstudie waren 230 Patientinnen und Patienten mit unterschiedlichen Tumorerkrankungen, wobei Lungen- und Colontumore dominierten, beteiligt. Es handelte sich jeweils zur Hälfte um Frauen und Männer mit einem Durchschnittsalter von rund 60 Jahren. Bezogen auf die Krankheitsprogression hatten 18 Prozent keine Metastasen, 21 Prozent wiesen lokale Metastasen und 52 Prozent eine fortgeschrittene Metastasierung auf. Die Probanden wurden nach dem Zufallsprinzip unterschiedlichen Gruppen zugeordnet (Gruppe 1: Pretest, Intervention, Posttest und follow-up nach vier Wochen; Gruppe 2: nur Pretest und Posttest ohne Intervention; Gruppe 3: Intervention und Posttest, Gruppe 4: nur Posttest). Die Schulung der den Interventionsgruppen zugeordneten Patientinnen und Patienten wurde jeweils in Form von Einzelberatungen ambulant durch speziell geschulte Pflegekräfte für Onkologie an einem Tumorzentrum und in zwei onkologischen Facharztpraxen durchgeführt.

Hervorgehoben wird, dass gerade bei progredienten Erkrankungen in allen Phasen des Edukationsprozesses der physische Zustand, die edukatorischen Prioritäten, die individuelle Krankheits- und Adaptionsphase und die Rolle der Familie beachtet werden sollte. Im Sinne der Situationsangemessenheit edukativer Maßnahmen ist das Befinden der Betroffenen nicht nur für die Therapiewahl, sondern auch für die Prioritätensetzung von Schulungsprogrammen entscheidend. So sollten je nach Befinden der Betroffenen drei Stadien der Patientenschulung zur Schmerzkontrolle unterschieden werden: (1) die Kontrolle akuter Schmerzzustände, (2) die erhaltende und (3) die (sekundär-)präventive Phase der Schmerzkontrolle. Eine eingehende Ermittlung von Edukationserfordernissen und -voraussetzungen ist in akuten Schmerzphasen schwierig, wenn nicht unmöglich. So sollte in akuten Krankheitskrisen Patientenedukation zunächst auf die Symptomlinderung ausgerichtet sein und einfache auf den Punkt gebrachte Anleitungen, die begleitende Unterstützung bei der Umsetzung schmerztherapeutischer Maßnahmen, den Abbau von Ängsten und die Überprüfung der Effektivität der eingeleiteten Maßnahmen umfassen. Ist ein Mindestmaß an Schmerzlinderung erreicht, kann eine Schulung zur Erhaltung der erzielten Schmerzkontrolle einsetzen. Dabei sind individuelle Einstellungsmuster gegenüber Schmerz zu berücksichtigen (z.B. Schmerz als akzeptierter Teil des Lebens, Schmerz als Strafe, Angst davor, bei der Bekundung von Schmerzen aufgegeben zu werden). Wesentlich ist die Erhellung der Erwartungen der Betroffenen und die gemeinsame Definition realistischer Ziele. Rimer et al. (1992) verweisen hier darauf, dass die Betroffenen einerseits oftmals nicht erkennen, dass sie ein Recht auf Schmerzkontrolle haben, andererseits können beispielsweise Patientinnen und Patienten mit Bewegungsschmerzen möglicherweise keine völlige Schmerzfreiheit erreichen. Als grundlegend ist die Herstellung einer offenen Kommunikation zwischen den Betroffenen und den professionellen Akteuren anzusehen. Den Patientinnen bzw. Patienten sollte vermittelt werden, welche Informationen wichtig sind und Veränderungen des Befindens gegenüber den professionellen Akteuren kund zu tun. Das langfristige Schmerz- bzw. Symptomanagement ist stets ein Balanceakt zwischen der Antizipation und Behandlung von Problemen, die unerwartet und nicht vermeidbar sind. Eine entsprechend antizipatorische, auf Schmerzprävention ausgerichtete Patientenedukation erfordert die Befähigung der Betroffenen zum Erkennen und Vermeiden schmerzverstärkender Aktivitäten und die Prävention bzw. gezielte Behandlung unerwünschter Therapieeffekte (z.B. Obstipation, Sedierung oder Übelkeit bei einer Opioidtherapie).

Die einzelnen Stufen der Patientenedukation zur Schmerzkontrolle und in diesem Rahmen jeweils zu beachtenden Aspekte im Edukationsprozess werden von Rimer et al. (1992, 181ff) wie folgt umschrieben:

Assessment des Edukationsbedarfs

Voraussetzung für die Entwicklung effektiver Edukationsstrategien ist ein umfassendes, multimodales Assessment zur Ermittlung von Faktoren, die den Lernprozeß beeinflussen können. Hierzu gehören die körperliche Verfassung, die Lebensphase, die verfügbare soziale Unterstützung, individuelle Informationspräferenzen und emotionale Reaktion auf die Erkrankung. Die Einschätzung des körperlichen Zustandes sollte das Krankheitsausmaß, die Symptomatik und ein eingehendes Schmerzassessment umfassen. Zu

letzterem gehört die Ermittlung der Lokalisation, Intensität, verstärkende und lindernde Faktoren, die Schmerzentwicklung und Dauer, sowie die Reaktion bzw. das Ansprechen auf Schmerzmedikation und alternative Schmerzmanagementtechniken. Des Weiteren gilt es, das Krankheits- und Therapiewissen der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen sowie ihre Kenntnisse bezüglich des Zugangs zu Gesundheitsdienstleistungen und über die Funktionsweise des Gesundheitssystems zu eruieren.

Soziodemographische Hintergrundinformationen über den Familienstand, die Religionszugehörigkeit, eine jetzige oder frühere Erwerbstätigkeit und den Bildungsstand können hilfreich für die Einschätzung potentieller sozialer Ressourcen und von Schulungspräferenzen sein. Ferner gilt es, relevante Informationen zur Einschätzung des Standes der psychosozialen Krankheitsanpassung, über aktuelle emotionale Reaktionen und Verhaltensweisen, sowie über die aktuelle Lebenssituation zu ermitteln. Erforderlich ist auch die Ermittlung ökonomischer Barrieren, da Therapiekonzepte nur dann effektiv sein können, wenn den Betroffenen die entsprechenden Therapien zugänglich sind.

Soziokulturell geprägte Einstellungsmuster und Schmerzvorstellungen können die Akzeptanz der Therapie beeinflussen (z.B. die Betrachtung von Schmerz als Strafe oder zu tragende Last). So kann der Rückgriff auf Analgetika unter Umständen als Schwäche oder mangelndes Vertrauen in Gott interpretiert werden. Entsprechende Einstellungsmuster können eine Therapie blockieren, wenn sie nicht ermittelt und angesprochen werden. Die Ermittlung der individuellen Bedeutungszuschreibung des Schmerzes in Bezug auf die Krankheit ist im Rahmen des Assessments gleichermaßen zentral. Schmerz kann als Indikator für das Fortschreiten der Krankheit und Therapieversagen, aber auch als Anhaltspunkt für den akzeptablen Aktivitätsgrad betrachtet werden. Tumorkranke mit Knochenmetastasen können befürchten, sich der Gefahr von (Spontan-)Frakturen auszusetzen, wenn die Schmerzen sie nicht an Überaktivität oder diese begünstigende Bewegungsabläufe hindern. So verweisen auch O'Connor et al. (1986) darauf, dass angesichts der weiterhin vorherrschenden, institutionellen Trennung kurativer und palliativer Versorgungsangebote Befürchtungen seitens der Betroffenen in Betracht zu ziehen sind, bei der Äusserung des Wunsches nach einer eingehenden Schmerzkontrolle medizinisch aufgegeben zu werden und sich möglicherweise noch bestehende Therapiechancen zu verschliessen. Eine effektive Edukation zur Verbesserung des Schmerzmanagements wird schwerlich erzielbar sein, wenn unterschwellige Vorstellungen, die das Verhalten der Betroffenen prägen, nicht erkannt und angesprochen werden. Wie oben bereits dargelegt, beruhen Vorstellungen und Entscheidungen der Patientinnen und Patienten bezüglich der Schmerztherapie oft auf Fehlinformationen, so die Furcht vor Sucht- oder Toleranzentwicklung, die insbesondere die Akzeptanz narkotischer Analgetika bzw. verhindern können. Rimer et al. (1992) betonen in diesem Kontext, dass es Zeit und Mühe kostet, Einstellungen und Überzeugungen zu verändern, die sich im Verlauf des Lebens herausgebildet haben. Edukationsprogramme sollten daher klare Informationen und ein kontinuierliches Feedback bieten, um irrationale Vorbehalte gegenüber einer Schmerztherapie zu korrigieren.

Zielsetzung

Ein effektives Schmerzmanagement setzt die Klärung einer Vielzahl von Fragen mit den Betroffenen voraus. Im Rahmen der gemeinsamen Zielbestimmung gilt es zunächst, mögliche Diskrepanzen zwischen Vorstellungen und Erwartungen der Betroffenen und der Professionellen zu erkennen und auszuräumen. Den Betroffenen sollte vermittelt werden, dass Schmerzkontrolle ein Prozess ist, in dessen Verlauf die Ziele Neubestimmt werden können (z.B. beim Auftreten intolerabler Therapieeffekte oder bei einer weiteren Krankheitsprogression). Grundlegende Fragen, die es hier zu klären gilt, fassen Rimer et al. (1992) wie folgt zusammen:

- Welches Maß an Schmerzkontrolle wünscht der Patient? Was sind die Erwartungen der betreuenden Bezugspersonen?
- Sind unerwünschte Effekte der Schmerztherapie akzeptabel? Wird für eine weitgehende Schmerzfreiheit Sedierung in Kauf genommen (oder vice versa)?
- Welcher Grad an Schmerzkontrolle ist angesichts der Schmerzursache und/oder Schmerzart möglich?
- Bestehen finanzielle Restriktionen?
- Ist soziale Unterstützung zur Bereitstellung der erforderlichen Versorgung/Betreuung vorhanden? (Rimer et al. 1992, 183).

Strategieentwicklung

Ausgehend vom Assessment und der gemeinsamen Zielbestimmung werden von Rimer et al. (1992, 183) multimodale Edukationsstrategien empfohlen, die unter Berücksichtigung des Anpassungsstadiums an die Erkrankung auf die Situation der Betroffenen hin zugeschnitten Anwendung finden sollten. Die Wissensvermittlung und Anleitung zur Umsetzung von Therapiemaßnahmen kann und sollte durch einfache, verständlich formulierte, gedruckte Materialien unterstützt werden. Sie bieten den Betroffenen die Möglichkeit zur Rekapitulation und Vertiefung des verbal vermittelten Wissens und von praktischen Anleitungen, sowie die Möglichkeit, die Information mit anderen zu teilen.⁶⁰ Hierfür kann auf vorliegende, erprobte Materialien zurückgegriffen werden. Beispiele für entsprechende Informationsmaterialien finden sich u.a. im Anhang des Bandes von McCaffery et al. (1997).

Zur Förderung der Lernbereitschaft und -fähigkeit wird eine komfortable Gestaltung des Umfeldes und die Linderung möglicherweise bestehender Symptome als unverzichtbar angesehen. Gezielte Entspannungstechniken im Vorfeld von Schulungssequenzen können Wohlbefinden und Kontrollgefühl der Betroffenen steigern. Gerade bei Patientinnen und Patienten mit schweren Erkrankungen sind kurze Schulungseinheiten und ausreichende Ruhepausen empfehlenswert, zumal Schmerzen, ebenso wie die Medikation, die Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigen können.

⁶⁰ Von den Autorinnen wird hier die Notwendigkeit einer einfachen, klaren und verständlichen Gestaltung der schriftlichen Materialien unter Verweis auf den mit 20 Prozent der US-amerikanischen Bevölkerung vergleichsweise hohen „faktischen“ Analphabetismus besonders hervorgehoben.

Generell sollten die zentralen Bezugspersonen in den Edukationsprozess einbezogen werden, zumal sie beim Fortschreiten des Krankheitsprozesses tendenziell eine zentrale Rolle auch für die Umsetzung von Maßnahmen der Schmerzkontrolle einnehmen. Für eine erfolgreiche Umsetzung edukativer Maßnahmen ist die Einschätzung des Edukationsbedarfs und der Einstellungsmuster der Bezugspersonen gegenüber der Schmerztherapie angezeigt, auch um einer möglichen Unterminierung der Edukationsbemühungen im Vorfeld begegnen zu können.

Umsetzung der Edukationsstrategien

Neben der auf die individuellen Bedarfe der Betroffenen hin zugeschnittenen Umsetzung geeigneter Edukationsstrategien wird von Rimer et al. (1992) die Beachtung der folgenden, generellen Prinzipien der Edukation empfohlen:

- (1) Versicherung gegenüber den Betroffenen, dass ihr Schmerz gelindert werden kann,
- (2) Information, dass der Schmerz gelindert werden sollte,
- (3) Ermittlung der individuellen Bedeutung des Schmerzes für die Betroffenen,
- (4) Korrektur falscher Vorstellungen beispielsweise über Sucht und Toleranz bei Opioid-Gabe durch Information,
- (5) Anleitung der Patientinnen bzw. Patienten und/oder ihrer Bezugspersonen zur Schmerzmessung und Einschätzung der Schmerzqualität,
- (6) Anleitung der Patientinnen bzw. Patienten und ihrer Bezugspersonen zur effektiven Kommunikation von Schmerz,
- (7) Bereitstellung von spezifischen Anleitungen für die jeweilige Medikation,
- (8) Aufklärung über mögliche, unerwünschte Therapieeffekte und deren Management,
- (9) Anleitung zur Anwendung geeigneter, nicht-invasiver und ergänzender Verfahren der Schmerzkontrolle,
- (10) Hervorhebung, dass das Ziel der Tumorschmerztherapie nicht allein die Linderung, sondern die Prävention von Schmerz ist.

Evaluation der Effektivität

Eine langfristig optimale Schmerzkontrolle erfordert nicht nur bei progredienten Erkrankungen eine fortlaufende Evaluation der Effektivität der eingeleiteten Maßnahmen. Als grundlegend wird hier die regelmäßige, konsistente Schmerzmessung und in diesem Kontext die Befähigung der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen zur „Kommunikation über den Schmerz“ angesehen. Vorliegende Studien zeigen, dass eine langfristige Kontrolle chronischer Schmerzen am ehesten bei einer begleitenden Beratung und Anleitung im Sinne des Coaching zu bewerkstelligen ist. So ist auch nach Dobratz et al. (1991) eine deutliche Verbesserung der im häuslichen Setting erzielbaren Tumorschmerzkontrolle am ehesten bei einer begleitenden Betreuung und wiederholten Anleitung erzielbar.⁶¹ Auch in dem Rahmenkonzept von Larson

⁶¹ Nicht nur mit Blick auf das Management chronischer Schmerzzustände hat sich eine begleitende Beratung und Anleitung der Betroffenen zur Integration der Therapieregime in das Alltagsleben als

et al. (1994) wird der prozesshafte Charakter des Symptommanagements betont, in dem sich drei, teilweise eng mit einander verwobene Dimensionen gegenseitig bedingen: das individuelle Symptomerleben, die jeweiligen Strategien des Symptommanagements und deren Ergebnis („Outcome“) im Sinne des erzielten Symptomstatus.

Neuere Entwicklungen zur Umsetzung von schmerzbezogenen Edukationsprogrammen für Tumorkranke in den USA versuchen denn auch, den Erfordernissen der Integration des Schmerzmanagements im Alltag stärker Rechnung zu tragen. Während die Durchführung der von der Forschungsgruppe um Ferrell am City of Hope National Medical Center in Duarte in California entwickelten Patientenedukationsprogramme zur Tumorschmerzkontrolle zunächst weitgehend von Pflegeexpertinnen getragen wurden, liegt der Entwicklungsschwerpunkt aktuell auf Anstrengungen zur Integration entsprechender, schmerzmanagementbezogener Edukationsprogramme in die Regelversorgung. Angestrebt wird nunmehr, die Durchführung der Patienten- und Familienedukation zur Tumorschmerzkontrolle auf der Grundlage entsprechender Qualifikationskonzepte durch die betreuenden Pflegekräfte im Rahmen der häuslichen Pflege zu realisieren, um die erforderliche, kontinuierliche und beratende Begleitung auch langfristig gewährleisten zu können (Ferrell et al. 1998).

5.3 Patientenedukation als Herausforderung für die Pflege und Beitrag zur Realisierung bedarfsgerechter Versorgungskonzepte

Insgesamt betrachtet beginnt sich die Pflege in der Bundesrepublik erst ansatzweise systematisch mit beratenden und anleitenden Funktionen auseinanderzusetzen und diese gezielt zu praktizieren. Auch nach der Einführung der Pflegeversicherung ist pflegerische Beratung und Schulung eher ein Randphänomen geblieben. Nicht nur im Vergleich zum anglo-amerikanischen Raum wird die Engführung des Pflegeverständnisses deutlich. So zeigte eine vergleichende Studie, dass häusliche Pflege in den Niederlanden in einem weit größeren Maß Information, Beratung und Prävention umfasst als in Deutschland und Belgien. Auch lag in Deutschland der Fokus ambulanter Pflege weit stärker auf sog. behandlungspflegerischen Maßnahmen und Hilfen im Haushalt als in den Vergleichsländern (van der Zee et al. 1994).

Suchen wir nach Ursachen für die hierzulande bestehende „Pflegeberatungslücke“, drängt sich die Annahme eines Verstärkungseffektes von geringem Professionalisierungsgrad und der erst beginnenden „Akademisierung“ der Pflege auf. Hinzu kommt die separierte Ausbildung in den „Pflegeberufen“. So hat die fehlende gemeinsame Grundausbildung verhindert, dass Impulse aus dem Handlungsfeld der Hebammen und der Kinderkrankenpflege in die Fachdiskussion der „Pflege“ eingegangen sind.

entscheidend für die Versorgungsqualität erwiesen. So zeigte beispielsweise auch eine Studie von Kelly und Scott (1990) zur medikamentösen Therapie unter 408 in ambulanter Behandlung befindlichen psychiatrischen Patientinnen und Patienten deutlich seltenere Unterbrechungen der Medikamenteneinnahme und Dosisabweichungen unter der Interventionsgruppe, die, im Unterschied zur herkömmlichen Praxis der medikamentösen Einstellung in der Klinik, nach dem Klinikaufenthalt drei nachfolgende Konsultationen in Form von Hausbesuchen oder in der Klinikambulanz durch Pflegenden erhielten. Auf dieser Grundlage konnte eine höhere Therapiemotivation und Compliance gegenüber der teilweise mit erheblichen, unerwünschten Effekten verbundenen (Dauer-)Medikation mit Psychopharmaka erzielt werden. Die Interventionsgruppe wies entsprechend geringere Wiedereinweisungsraten in die Klinik sowie eine bessere soziale Einbindung („community tenure“) auf.

Der in der US-amerikanischen Pflege erreichte Entwicklungsstand basiert letztlich auch auf den Erfahrungen, die im Feld der „klassischen Gesundheits-erziehung“, dem „community health nursing“, der Schwangeren- und Wöchnerinnenberatung und in der Beratung und Anleitung für Eltern erkrankter Kinder gesammelt wurden. Dafür, dass die hierzulande bestehende „Separation“ (statt „Spezialisierung“) in unterschiedliche Pflegedisziplinen nachteilig wirkt, spricht auch der Umstand, dass sich die durch die Pflegeversicherung angestoßene Diskussion zu Fragen der Pflegeberatung und -anleitung vorrangig in Fachpublikationen der ambulanten Pflege und der Altenpflege vollzieht.

Will die deutsche Pflege der ihr international zugeschriebenen gesellschaftlichen Funktion auf der Ebene der Gesundheitsberatung und -förderung gerecht werden, ist nicht nur eine Veränderung ihres Aufgabenzuschnitts, sondern eine Erweiterung ihrer qualifikatorischen Basis um edukative Kompetenzen unerlässlich. Hier kann und sollte sie an Konzepte aus dem Bereich der Sozialarbeit und Sozialpädagogik und die dort aufzufindende Diskussion über Beratung und Logik der Beratung anknüpfen (vgl. z.B. Dewe/Scherr 1990). Ferner gilt es, die internationalen Erfahrungen nutzbar zu machen, auch wenn Konzepte, wie sie im angloamerikanischen Raum entwickelt wurden, nur bedingt auf das bundesdeutsche Gesundheitssystem übertragbar sind. Die sich abzeichnende Rezeption des internationalen Forschungsstandes, wie sie u.a. in der Übersetzung angloamerikanischer Standardwerke der Pflege zur Patientenedukation (vgl. z.B. Klug-Redmann 1996, Canobbio 1998) zum Ausdruck kommt, sind erste Schritte in diese Richtung.

Die weitgehende „Abwesenheit der Pflege“ und ihre offenbar auch unzureichende Qualifikation für die Übernahme edukativer Aufgaben, auch und gerade im Bereich der Schmerztherapie, impliziert aus pflegewissenschaftlicher Sicht die Gefahr, dass lebenspraktische Probleme der Krankheitsbewältigung und Förderung von Ressourcen chronisch kranker und pflegebedürftiger Menschen in der Versorgungspraxis unterbelichtet bleiben. Dies gilt insbesondere für die qualifizierte Versorgung von Menschen, die aufgrund fortschreitender Erkrankungen an einem hohen Maß an Symptombelastungen und chronischen Schmerzzuständen leiden. Auch wenn davon auszugehen ist, dass Pflegenden hierzulande im Rahmen ihrer Tätigkeit Patienten und Angehörige implizit beraten und anleiten, geschieht dies eher intuitiv, ist die Qualität der Beratung und Anleitung abhängig von individuell erworbenen Kompetenzen, die - wie oben illustriert - qua Ausbildung nicht ohne weiteres vorausgesetzt werden können. Es ist daher zu befürchten, dass wesentliche Potentiale für eine Verbesserung der Versorgungssituation und damit der Lebensqualität von Menschen, die aufgrund chronischer Krankheit zeitweilig oder in zunehmenden Maße in ihren Selbstversorgungsfähigkeiten eingeschränkt sind, ungenutzt bleiben.

Allerdings ist fraglich, ob die für eine professionelle Beratung und Anleitung der Patienten und ihrer Bezugspersonen erforderliche, breite und fundierte Wissensvermittlung edukativer Kompetenzen unter den gegebenen strukturellen Ausbildungsbedingungen leistbar ist. Internationale Erfahrungen deuten daraufhin, dass dies eine grundständige Pflegeausbildung auf Master- bzw. Bachelor-Niveau voraussetzt, oder zumindest entsprechender Anstrengungen auf der Ebene der Fort- und Weiterbildung bedarf. Angesichts

der sozioepidemiologischen Entwicklung wird eine fundierte, durch die Pflege getragene Patientenanleitung künftig zentral sein für die Versorgungsqualität, und damit für die Lebensqualität von Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen. Zudem zeigen die internationalen Erfahrungen, dass eine stärkere Akzentuierung auf Aufgaben der „Beratungspflege“ Kernbestandteil jeglicher Professionalisierungsbestrebungen bildet. Unerlässlich ist daher auch hierzulande eine Positionierung der Pflege, die ihre praktische Konsequenz auf der Ebene des Aufgabenzuschnitts der Pflege zeitigen sollte, im Sinne einer Verlagerung bzw. Veränderung des Gewichts von körperbezogenen gegenüber beratenden und anleitenden Tätigkeiten.

Richtungsweisend könnte hier der Aufgabenzuschnitt der „Gesundheitspflege“ in Österreich sein. Die Pflege sollte sich der Notwendigkeit einer kompetenten Positionierung auf dem Gebiet der Patientenberatung und -anleitung bewusst sein. Wie das Beispiel der Etablierung kommunaler Beratungsangebote für Pflegebedürftige und deren Angehörige über pflegerische Versorgungsmöglichkeiten zeigt, steht sie sonst in der Gefahr, dass andere Berufsgruppen auch pflegebezogene Beratungstätigkeiten durchaus kompetent übernehmen und entsprechende Tätigkeitsfelder besetzen.

Die Akzeptanz, die die modellhaft geförderten, ambulanten Palliativdienste und auch erste von der Pflege getragene Patienteninformationszentren (Abt-Zegelin 1999, Siedhoff i.E.) bei den Zielgruppen erlangen, spricht dafür, diese bislang im bundesdeutschen Gesundheitssystem eher ungenutzten Potentiale der Pflege gezielt für eine Verbesserung der Versorgungsqualität, gerade auf auch der Ebene der Patientenberatung und -schulung schmerzbelasteter Menschen zu erschließen und auszuschöpfen. Dies legen auch Forschungsbefunde aus den USA und Großbritannien zur Ergebnisqualität der ambulanten Versorgung bei akuten Gesundheitsbeschwerden und sog. Bagatellerkrankungen nahe. In randomisierten Kontrollstudien zeigte sich hier nahezu durchgängig, dass sich Pflegenden („Nurse Practitioners“) im Vergleich zu den Ärztinnen und Ärzten jeweils mehr Zeit für die Konsultationen nahmen (Mundinger et al. 2000, Shum et al. 2000, Kinnersley et al. 2000, Venning et al. 2000). Mit Blick auf die Befähigung zum Selbstmanagement von Gesundheitsbeeinträchtigungen erscheint hier zentral, dass die Patientinnen und Patienten, nach ihren Angaben zu urteilen, durch Pflegenden generell eine umfassendere Information und Beratung erhielten. Dies betraf nicht nur Informationen über die Krankheitsursache, die erwartungsgemäße Dauer der aktuellen Gesundheitsbeeinträchtigungen und Symptome, sowie darüber, was die Betroffenen aktuell dagegen tun können und tun sollten, falls die Beschwerden anhalten. Sie wurden vielmehr im Rahmen der Konsultation durch Pflegekräfte auch häufiger dahingehend beraten, wie sie ein neuerliches Auftreten der Beschwerden im Alltag verhindern können (Mundinger et al. 2000, Kinnersley et al. 2000).

6. Ausblick: „Chronischer Schmerz“ als Herausforderung für Pflegeforschung und Pflegepraxis

Mit der Zunahme chronischer Erkrankungen unter der Bevölkerung wächst in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung die Anzahl der Patientinnen und Patienten, die an anhaltenden oder schubweise wiederkehrenden Schmerzzuständen leiden. Bleiben diese unbeachtet, so stehen die betroffenen Menschen vielfach in der Gefahr, zusätzlich zu den ohnehin bestehenden, körperlichen Funktionsbeeinträchtigungen und damit verbundenen psychosozialen Belastungen durch die Schmerzen in ihrem Aktivitätsniveau und psychosozialen Wohlbefinden eingeschränkt zu werden. Dies gilt insbesondere für die wachsende Gruppe der an Mehrfacherkrankungen leidenden Menschen. Epidemiologischen Schätzungen zufolge sind heute bereits acht bis zehn Prozent der bundesdeutschen Bevölkerung von chronischen Schmerzen betroffen. Für etwa zehn Prozent dieser Menschen ist eine Schmerzlinderung allenfalls im Rahmen einer speziellen Schmerztherapie erzielbar.

Nach den Erkenntnissen der Schmerzforschung ist das Schmerzerleben ein komplexes, kulturell geprägtes, biopsychosoziales Geschehen, das von vielfältigen endogenen und exogenen Faktoren abhängt. Bei chronisch degenerativ oder progredient verlaufenden Erkrankungen ist eine analgetische Schmerzkontrolle im Sinne der Herstellung völliger Schmerzfreiheit vielfach nicht möglich. Insbesondere das von Seemann und Zimmermann (1999) postulierte systemtheoretische Modell zur Erklärung des Phänomens chronischer Schmerz verdeutlicht die komplexe Verflechtung von physiologischen, psychischen und sozialen Ebenen der Schmerzregulation. Es zeigt zugleich, dass die Konzentration von Interventionen auf einzelne „Systemausschnitte“ des Schmerzgeschehens den Behandlungserfordernissen chronischer Schmerzen nicht gerecht wird. Sie birgt eher die Gefahr der Einleitung iatrogenen Effekte als langfristig eine für die Betroffenen erträgliche Linderung ihres Leidens bewerkstelligen zu können. Gerade bei schmerzhaften, chronischen Erkrankungen ist eine professions- und sektorenübergreifend abgestimmte Versorgungspraxis im Gesundheitssystem angezeigt, die auf die Befähigung der Betroffenen zur Selbstpflege und zum Selbstmanagement von Gesundheitsbeeinträchtigungen ausgerichtet ist, ein Bereich, für dessen Übernahme die Pflege geradezu prädestiniert ist. Die Unterstützung der Alltagsbewältigung und (Re-)aktivierung der Selbstversorgungspotentiale der Patientinnen und Patienten gehört zum Kern professioneller Pfl egetätigkeit. Mit Blick auf das Management chronischer Schmerzzustände setzt die Wahrnehmung dieser Aufgaben allerdings auch fundierte Fachkenntnisse über Bedingungsfaktoren und Mechanismen der Entstehung und Chronifizierung von Schmerz, sowie über therapeutische Zugänge und grundlegende Prinzipien der Therapie chronischer Schmerzen voraus, soll vermieden werden, dass Schmerz erst als interventionsbedürftiges Gesundheitsproblem erkannt wird, wenn der Chronifizierungsprozess bereits fortgeschritten und nur noch schwerlich – wenn überhaupt – umkehrbar oder aufhaltbar ist. Grundlegend ist hier die Kenntnis von Verfahren des Schmerzassessments und ihre Integration in die „Routinen“ der Versorgungspraxis.

Die Pflege kann in der Gesundheitsversorgung chronisch kranker Menschen bereits durch eine eingehende, die mögliche Existenz von Schmerzzuständen als übergreifendes Pflegephänomen beachtende Informations-

sammlung im Rahmen des Eingangsassessments und der Verlaufskontrolle einen wesentlichen Beitrag leisten. Sie besitzt aufgrund ihrer engen Interaktion mit den Patientinnen und Patienten am ehesten Einblick in den zeitlichen und situationsbezogenen Verlauf des Befindens der Betroffenen. Sie kann damit am besten erkennen, welche Bedingungskonstellationen das Schmerzerleben im Alltag intensivieren oder lindern. Auch hat sie einen direkten Zugang zu Informationen über bestehende Selbstpflegefähigkeiten, über die durch eine geeignete Anleitung mobilisierbaren Selbstpflegeresourcen der Betroffenen und über entsprechende Unterstützungspotentiale im primären sozialen Netz.

Gleichwohl scheint die bundesdeutsche Pflege für die Übernahme entsprechender Aufgaben in der Gesundheitsversorgung bisher wenig gerüstet. Seit der zweiten Hälfte der neunziger Jahre kann zumindest davon ausgegangen werden, dass die Grundlagen der „Schmerztherapie“ nunmehr im Medizinstudium vermittelt werden. In der Pflegeausbildung ist „Schmerz“ jedoch weiterhin eher ein randständiges Thema. Dies gilt auch für die Vermittlung edukativer Kompetenzen. Fachkompetenz in beiden Bereichen ist für die Unterstützung der Patientinnen und Patienten und ihrer primären Bezugspersonen bei der Suche und Umsetzung gangbarer Wege und alltagstauglicher Strategien zur Optimierung des Schmerzmanagements im Alltag unerlässlich.

Wie es besonders die Entwicklung der angloamerikanischen Schmerzzentren zeigt, sollte sich die Pflege unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsqualität mit der ihr genuinen „lebensweltlichen“ Perspektive künftig verstärkt in die hierzulande bislang nur im beschränkten Rahmen realisierte „interdisziplinäre“ Versorgungspraxis und Schmerzforschung einbringen. Angesichts der erst im Verlauf der letzten Dekade, d. h. nahezu ein Jahrhundert später als im angloamerikanischen Raum, erfolgten Etablierung von Pflegestudiengängen ist dies sicher ein ungleich schwierigeres Unterfangen als in den USA. Die Pflege kann und sollte dabei auf die Wissensgrundlagen aus Ländern mit einer professionellen Tradition der Pflege zurückgreifen. Dies gilt gleichermaßen für die von den relevanten Nachbar-disziplinen - insbesondere der Medizin und Psychologie - erarbeiteten Wissensgrundlagen und methodischen Zugänge, beispielsweise zur Erfassung des Schmerzgeschehens und für die Entwicklung von auf die Situation der Betroffenen hin angepassten Interventionsstrategien. Desweiteren kann und sollte die Pflege mit Blick auf die Wahrnehmung von edukativen Funktionen Erfahrungen und Konzepte der Sozialarbeit und Sozialpädagogik aufgreifen und an die hier aufzufindende Diskussion über Beratung und Logik der Beratung anknüpfen.

Professionsintern kann sie an Entwicklungsstränge und Erkenntnisse der Pflegeforschung und -praxis zum Thema „Schmerz“ und „Patienten-/ Familienedukation“ insbesondere aus dem englischsprachigen Raum, anknüpfen. Der Begriff des „Anknüpfens“ wurde hier bewusst gewählt, denn eine einfache Übertragung der dort entwickelten Forschungsinstrumentarien, Interventionskonzepte und Versorgungsmodelle erscheint - wie in anderen Fachdisziplinen und Praxisbereichen - eher untauglich. Gerade im Gesundheitssektor ist in Anbetracht soziokultureller, formalrechtlicher und struktureller Unterschiede die Überprüfung der Notwendigkeit einer Adaption von Verfahren und Praxismodellen an die hiesigen Bedingungen erforderlich.

Die zu verzeichnende Rezeption englischsprachiger Standardwerke der Pflegeforschung und -praxis ist daher als ein erster wichtiger Schritt in Richtung Entwicklung und Aufbau von professioneller Kompetenz zu werten. Sie kann jedoch die eigene Entwicklungsarbeit in Forschung und Praxis nicht vollends ersetzen. So erscheinen die oben beschriebenen ambulanten Palliativdienste mit ihrer Betonung der begleitenden und unterstützenden Funktion professioneller Pflege auch und gerade im Rahmen der Betreuung schwerkranker schmerz- bzw. symptombelasteter Menschen und ihrer primären Bezugspersonen im häuslichen Umfeld als „Centers of Excellence“. Sie ermöglichen die Realisierung eines effektiven und integrativ ausgerichteten Versorgungsansatzes, der den Betroffenen ein höchstmögliches Maß an Autonomie und Lebensqualität sichert. Die Übertragung entsprechender Versorgungskonzepte in die Regelversorgung erfordert jedoch nicht nur die Sicherstellung der hierfür erforderlichen Fachkompetenz der Pflegenden. Während dies durch geeignete Qualifikationsmaßnahmen auf der Ebene der Aus-, Fort und Weiterbildung noch vergleichsweise einfach erzielbar wäre, stellt sich bereits die Überführung entsprechender Modellprojekte in die Regelfinanzierung im bundesdeutschen Gesundheitssystem als äußerst schwierig dar, und zwar selbst dann, wenn die an der Versorgung beteiligten Ärztinnen und Ärzte zur Delegation „ärztlicher Vorbehaltstätigkeiten“ an qualifizierte Pflegekräfte durchaus Willens sind.

Festzuhalten bleibt, dass sich für die bundesdeutsche Pflege mit Blick auf die Versorgung chronisch kranker, schmerzbelasteter Menschen vielfältige Herausforderungen auf der Forschungs- und Praxisebene ergeben. Zu den grundlegendsten Anforderungen an die Pflege gehört die Sicherstellung einer ausreichenden pflegerischen Expertise. Sie kann und sollte durch die Integration entsprechender Lerninhalte in die Aus-, Fort- und Weiterbildung geleistet werden.

Auf der Ebene der Pflegeforschung sind die folgenden Problemstellungen prioritär zu behandeln:

- Untersuchungen zum pflegerischen Handlungsbedarf auf der Grundlage der systematischen Ermittlung der Inzidenz- und Prävalenz chronischer Schmerzen unter der Patientenpopulation in unterschiedlichen pflegerischen Versorgungsbereichen, insbesondere im Bereich der Langzeitpflege im ambulanten und stationären Sektor;
- Entwicklung bzw. Adaption eines Instrumentariums für ein geeignetes Schmerzassessment für Forschungszwecke und für die Versorgungspraxis in unterschiedlichen Pflegebereichen auf der Grundlage eingehender empirischer Studien;
- Analyse übergreifender und spezifischer schmerzbezogener Problemlagen und Implikationen des Schmerzgeschehens bei unterschiedlichen Krankheitsbildern und die Verschränkung von Schmerz und zentralen Pflegephänomenen (z.B. potentielle Aufschaukelungsprozesse von Schmerz und Funktionseinschränkungen);
- Analyse von krankheitsübergreifenden und -spezifischen Anleitungsbedarfen zur Konzeption, Implementation und Evaluation gezielter Interventionen des Schmerzmanagements in unterschiedlichen Versorgungssettings;

- Ermittlung von spezifischen Anleitungsbedarfen zur Entwicklung und Umsetzung gezielter Interventionen für unterschiedliche Bevölkerungsgruppen (z.B. altersspezifische oder soziokulturell geprägte Lernvoraussetzungen);
- Interventions- bzw. Evaluationsstudien von Programmen zur Verbesserung des Schmerz- bzw. Symptommanagements in unterschiedlichen Versorgungssettings (z.B. Implementation von Schmerzmanagementprogrammen im Bereich der Akutkrankenhäuser, in der Kurzzeitpflege sowie in der ambulanten und stationären Langzeitpflege);
- Ermittlung von Handlungsoptionen und –grenzen der Pflege für eine Verbesserung der Versorgung schmerz- bzw. symptombelasteter Menschen unter Berücksichtigung der bestehenden Rahmenbedingungen, die Formulierung von erforderlichen Veränderungen auf der strukturellen und formalrechtlichen Ebene für eine von der Pflege getragene Optimierung der Versorgung dieser Patientengruppen.

Inwieweit die Pflege den Herausforderungen, die sich künftig in der Gesundheitsversorgung stellen, gerecht werden kann, wird auch davon abhängen, ob es gelingt, den hierzulande weiterhin bestehenden Professionalisierungsrückstand zu überwinden. Dies gilt insbesondere für eine dem zunehmenden gesellschaftlichen Bedarf an „Care“ gerechtwerdende Konturierung ihres Aufgabenprofils und ihrer Positionierung im Kanon der Gesundheitsprofessionen. Auf der Ebene des Aufgabenzuschnitts der Pflege erscheint eine Verlagerung des Gewichts von körperbezogenen Versorgungsleistungen hin zur verstärkten Wahrnehmung edukativer Aufgaben unerlässlich. Allerdings ist fraglich, ob die für die begleitende Beratung und Anleitung chronisch kranker und symptombelasteter Menschen und ihrer Bezugspersonen erforderliche Vermittlung fundierter Fachkenntnisse und übergreifender edukativer Kompetenzen unter den gegebenen strukturellen Ausbildungsbedingungen leistbar ist. Internationale Erfahrungen zeigen, dass dies eine grundständige Pflegeausbildung auf Bachelor- bzw. Master-Niveau voraussetzt. Die erfolgte Etablierung „komplementärer“ Pflegestudiengänge ist nur ein erster grundlegende Schritt zur Herausbildung der erforderlichen professionellen Pflegeexpertise. Professionalisierung setzt stets auch die kritische „Reflexion“ der eigenen Handlungsgrundlagen und –praxis voraussetzt. Eine entsprechende Kultur zu entwickeln, gehört ebenfalls zu den Voraussetzungen für eine patientenorientierte, professionelle Pflege.

7. Literatur

- Abley, C. (1997): Teaching the elderly patient how to use inhalers. *Journal of Advanced Nursing* 25, Nr. 4, 699-708
- Abt-Zegelin, A. (1999): Patienten-dukation als Pflegeaufgabe. Planung und Aufbau von zwei Patienten-Informationszentren. *Forum Sozialstation* 23, Nr. 96, 66-68
- ADS/Arbeitsgemeinschaft Deutscher Schwesternverbände (Hg.) (1970): Die Pflege des kranken Menschen: Lehrbuch für Krankenpflegeschulen. 7. unveränderte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- AKOD/Arbeitsgemeinschaft krankenpflegender Ordensleute Deutschlands (Hg.)/Dreymüller, V./Grandjean, J./Magar, E.-M./Wodraschke, G. (1993): Pflegen können. Ein Curriculum für die theoretische Ausbildung. 2., neu bearbeitete Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus
- Althoff, R./Groß, B. (1993): *Patientenorientierte Reform der Krankenpflegeausbildung - Entwicklung und Implementation von pflegeorientierten Unterrichtseinheiten. Abschlussbericht des Forschungsprojektes.* Berlin: Freie Universität Berlin
- Altstaedter, R./Gotthold, J. (1996): Schmerz zwischen Steinzeit und Moderne. Ein Führer durch die Geschichte der Schmerztherapie. Leverkusen: Bayer AG
- Anand, A./Carmosino, L./Glatt, A.E. (1994): Evaluation of recalcitrant pain in HIV-infected hospitalized patients. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 7, 52-56
- Anderson, H.I./Ejlertsson, G./Leden, I./Rosenberg, C. (1993): Chronic Pain in a geographically defined general population: Studies of differences in age, gender, social class, and pain localization. *Clinical Journal of Pain* 9, 174-182
- Asam, W.A./Altmann, U./Lutz-Gräber, C./Petroff, U. (1997): Beratung nach dem Landespflegegesetz NRW. Düsseldorf: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Assal, J.-P. (1995): Bridges, why and from where to where? *Patient Education And Counseling* 26, Nr. 1-3, 11-15
- Aufderheide, E. (1998): Palliativeeinheiten zur Betreuung unheilbar kranker Krebspatienten. In: BMG (Hg.): Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung im Zeitraum von 1981-1998 (Schriftenreihe des BMG Bd. 109). Baden-Baden: Nomos, 171-183
- Aulbert, E. (1997): Psychische Grundlagen von Schmerzempfinden, Schmerzüßerung und Schmerztherapie. In: Aulbert, E./Zech, D. (Hg.): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart: Schattauer, 405-511
- Aulbert, E./Zech, D. (Hg.) (1997): Lehrbuch der Palliativmedizin. Stuttgart, New York: Schattauer
- Baar, H. (1987): Schmerzbehandlung in Praxis und Klinik. Berlin: Springer
- Bachem-Teicher, P./Gindele, E./Roser-Häring, G. (1991): Curriculum-Krankenpflege-ATL. Inhalte für die dreijährige Krankenpflege-Ausbildung. Meßstetten-Tieringen: Wolfgang Tisch Verlag
- Badura, B./Feuerstein, G. (1994): Systemgestaltung im Gesundheitswesen. Weinheim, München: Juventa

- Baillod, R.A. (1995): Home dialysis: lessons in patient education. *Patient Education and Counseling* 26/1-3, 17-24
- Bartlett, E.E. (1985): At last, a definition. *Patients Education and Counseling* 7, 323-324
- Bartsch, H.H./Hornstein, W. Frhr. von (Hg.) (1998): *Interdisziplinäre Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Strategien der Akut- und Langzeitbehandlung.* Basel, Freiburg im Breisgau, Paris: Krager
- Basler, H.-D. (1993): Psychologische Methoden zur Behandlung chronisch Schmerzkranker. In: Zenz, M./Jurna, I. (Hg.) (1993): *Lehrbuch der Schmerztherapie.* Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 299-305
- Basler, H.-D. (1999): Schmerz und Alter. In: Basler, H.-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): *Psychologische Schmerztherapie.* 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Basler, H.-D./Rehfish, H..P. (1990): Schmerz und Schmerzbehandlung. In: Schwarzer, R. (Hg.): *Gesundheitspsychologie.* Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe, 311-331
- Basler, H.-D./Turk, D.C. (1999): Brauchen wir multidisziplinäre Schmerzzentren. In: Hoefert, H.-W./Kröner-Herwig, B. (Hg.): *Schmerzbehandlung.* München, Basel: Reinhardt, 272-282
- Basler, H.-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H. P./Seemann, H. (Hg.) (1999): *Psychologische Schmerz-Therapie. Grundlagen – Diagnostik – Krankheitsbilder – Therapie.* 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Baune, B.T. (1998): *Charakterisierung und Evaluation der Versorgungssituation chronischer Schmerzpatienten: Totalerhebung der Schmerztherapieeinrichtungen in Nordrhein-Westfalen.* Berlin: Verlag für Wissenschaft und Forschung VWF (zugl. Diss. Univ. Münster 1997)
- Bayrisches Staatsministerium für Unterricht, Kultur, Wissenschaft und Kunst (1992): *Lehrpläne für die Berufsfachschule Krankenpflege.* München: Staatsinstitut für Schulpädagogik und Bildungsforschung
- Beck, A.T./Steer, R.A. (1987): *Beck Depression Inventory.* San Antonio: Psychological Cooperation
- Beck, A.T./Ward, C.H./Medelson, M./Mock, F./Erbaugh, F. (1961): An Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 4, 561-571
- Beckingham, A.C./Lubin, B. (1991): Reliability and Validity of the trait form of set 2 of the Depression Adjective Checklists with Canadian Elderly. *Journal of Clinical Psychology* 47, Nr. 3, 407-414
- Benner, P. (1994): *Stufen zur Pflegekompetenz.* Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber (Originalausgabe: *From Novice to Expert – Excellence and Power in Clinical Nursing.* Addison-Wesley 1984)
- Benner, P./Wrubel, J. (1988): *The Primacy of Caring, Stress and Coping in Health and Illness.* Menlo Park: Addison Wesley
- Benner-Wenig, S./Busch, A./Forum Sozialstation/Jurgeleit, G./Köster, A.S./Nilles, B./Sowinski, C. (1993a): 1.600 Literaturangaben zur Pflegepraxis: Die 13 AEDL-Bereiche (KDA Thema, 86). Köln. Kuratorium Deutsche Altershilfe

- Benner-Wenig, S./Busch, A./Köster, A.S./Sowinski, C. (1993b): Vom Pflegeproblem zur Pflegeliteratur. Forum Sozialstation spezial: Professionelle Pflege braucht Fachliteratur. Nr. 17, S20-S21
- Bennett-Emslie, G./McIntosh, J. (1995): Promoting collaboration in the primary care team – the role of practice meeting. *Journal of Interprofessional Care* 6, Nr. 3, 251-256
- Berger, M. (1996): To bridge science and patient care in diabetes. *Diabetologica* 39, 746-757
- Bergner, M./Bobbitt, R.A./Carter, W.B./Gilsin, B.S. (1981):): The Sickness Impact Profile: Development and Revision of a Health Status Measure. *Medical Care* 19, Nr. 8, 787-800
- Bergner, M./Bobbitt, R.A./Kressel, S./Pollard, W.E./Gilson, B.S./Morris, J.R. (1976): The Sickness Impact Profile: conceptual formulation and methodology for the development of a health status measure. *International Journal of Health Services* 6, 393-415
- Bernard-Bonnin, A., C./Stachenko, S./Bonin, D./Charette, C./Rousseau, E. (1995): Self-management teaching programmes and morbidity of pediatric asthma: A meta-analysis. *Journal of Allergy and Clinical Immunology* 96, Nr. 8, 25-29
- Beske, F. (Hg.) (1990): Lehrbuch für Krankenpflegeberufe. Band 1: Theoretische Grundlagen, Band 2: Krankheitslehre. 2. Auflage. Stuttgart: Thieme
- Beutler, L.E./Dalrup, R./Engel, D./Guest, P./Corbishley, A./Meredith, K.E. (1988): Family dynamics and emotional expression among patients with chronic pain and depression. *Pain* 32, 65-72
- Beyeler, K.L./Adler, R.H./Hürny, C. (1991): Die IASP-Klassifikation für Schmerzen und das bio-psycho-soziale Modell der Medizin. *European Journal of Pain* 12, 54-57
- Birbaumer, N. (1984): Psychologische Analyse und Behandlung von Schmerzzuständen. In: Zimmermann, M./Handwerker, H.O. (Hg.): Schmerz-Konzepte ärztlichen Handelns. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 124-153
- Birbaumer, N. (1986): Schmerz. In: Miltner, W./Birbaumer, N./Gerber, W.D. (Hg.): Verhaltensmedizin. Berlin: Springer, 113-134
- Bischoff Wilhelm, A./Spirig, R. (1994): Bibliographien zum Thema Schmerz. *Pflege* 7, Nr. 3, 237-243
- Blalock, S./DeVellis, R./Brown, G.K./Wallston, K.A. (1989): Validity of the Center of Epidemiologic Studies Depression Scale in Arthritic Population. *Arthritis and Rheumatism* 32, Nr. 8, 991-997
- BMG/Bundesministerium für Gesundheit/Viefhues, H./Spikofski, W. (Hg.) (1997): Palliativeinheiten im Modellprogramm zur Verbesserung der Versorgung Krebskranker: Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitung. Bearbeiter: Freundlieb, A./Friese, S./Kühn, U./Seidensticker, P./Spikofski, W./Struck, E., Institut für Sozialmedizinische Forschung/BOSOFO (Schriftenreihe des BMG, Bd. 95). Baden-Baden: Nomos
- BMG/Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1998): Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung im Zeitraum von 1981-1998 (Schriftenreihe des BMG, Bd. 109). Baden-Baden: Nomos

- BMG/Bundesministerium für Gesundheit (Hg.) (1999): Daten des Gesundheitswesens. Ausgabe 1999 (Schriftenreihe des BMG, Bd. 122). Baden-Baden: Nomos
- Bonica, J.J. (1990): The Management of pain. 2. Auflage. Philadelphia: Lea & Febiger
- Bookbinder, M./Coyle, N./Kiss, M./Goldstein, M.L./Holritz, K./Thaler, H./Gianella, A./Derby, S./Brown, M./Racolin, A./Nah, M./Portenoy, R.K. (1996): Implementing national standards for cancer pain management. *Journal of Pain and Symptom Management* 12, 334-347
- Boston, P. (1993): Culture and cancer: the relevance of cultural orientation within cancer education programmes. *European Journal of Cancer Care* 2, Nr. 2, 72-76.
- Bostrom, M. (1997): Summary of the Mayday Fund Survey: Public Attitudes About Pain and Analgesics. *Journal of Pain and Symptom Management* 13, Nr. 3, 166-168
- Bowman, J.M. (1994): Experiencing the Chronic Pain Phenomenon: A Study. *Rehabilitation Nursing* 19, Nr. 2, 91-95
- Brähler, E./Scheer, J.W. (1983): Der Gießener Beschwerdebogen (GGB). Bern: Huber
- Brand, S./Mitglieder der Expertengruppen für Kranken- und Kinderkrankenpflege (1993). *Pflege-Personalregelung*. Stuttgart: G. Fischer
- Brannon, P.H.B./Johnson, R. (1992): The internal cardioverter defibrillator: patient-family teaching. *Focus on critical care* 19, Nr. 1, 41-46
- Brattberg, G. (1990): Selecting patients for pain treatment: Applying a model to epidemiological data. *Clinical Journal of Pain* 6, 37-42
- Brattberg, G./Thorslund, M./Wikman, A. (1988): The use of common pain experiences in designing a Pain Intensity Scale for epidemiological purposes. *Journal of Psychosomatic Research* 32, Nr. 4/5, 505-512
- Brattberg, G./Thorslund, M./Wikman, A. (1989): The prevalence of pain in a general population. The results of a postal survey in county of Sweden. *Pain* 37, 215-222
- Braun, U./Halisch, R. (1989): *Pflegeplanung als Arbeitsstil*. Hannover: Vincentz
- Breitbart, W. (1996): Pain management and psychosocial issues in HIV and AIDS. *American Journal of Hospice and Palliative Care* 13, Nr. 1, 20-29
- Breitbart, W. (1998): AIDS: Pain in AIDS: an overview. *Pain reviews* 5, Nr. 4, 247-272
- Breitbart, W. (1999): HIV, AIDS, and Pain. In: Gatchel, Robert J./Turk, Dennis C. (Hg.): *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*. New York, London: Guilford Press, 315-340
- Breitbart, W./McDonald, M.V./Rosenfeld, B./Passik, S.D./Thaler, H./Portenoy, R. K. (1996a): Pain in ambulatory AIDS patients: Pain characteristics and medical correlates. *Pain* 68, 315-321
- Breitbart, W./Rosenfeld, B./Passik, S.D./McDonald, M.V./Thaler, H./Portenoy, R. K. (1996b): The undertreatment of pain in ambulatory AIDS patients. *Pain* 65, Nr. 2-3, 243-249
- Breitbart, W./Rosenfeld, B./Passik, S.D./Kaim, M./Funesti-Esch, J./Stein, K. (1997): A comparison of pain report and adequacy of analgesic therapy in ambulatory AIDS patients. *Pain* 72, Nr. 1-2, 235-243

- Breitbart, W./Passik, S./McDonald, M.V./Rosenfeld, B./ Smith, M./Kaim, M./Funesti-Esch, J. (1998a): Patient related barriers to pain management in ambulatory AIDS patients. *Pain* 76, Nr. 1-2, 9-16
- Breitbart, W./Rosenfeld, B./Passik, S.D. (1998b): The Network Project: A Multidisciplinary Education and Training Program in Pain Management, Rehabilitation and Psychosocial Issues. *Journal of Pain and Symptom Management* 15, Nr. 1, 18-26
- Breitenstein, C./Flor, H./Birbaumer, N. (1994): Kommunikations- und Problemlöseverhalten von chronischen Schmerzpatienten und ihren Partnern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*. 23, Nr. 2, 105-116
- Brenig, M./Eggebrecht, D./Hildebrandt, J./Pfungsten, M./Bautz, M. (1989): Eine faktorenanalytische Untersuchung zur Erfassung der Dimensionalität klinischer Schmerzbeschreibungen. *Diagnostica* 35, Nr. 2, 142-152
- Brown, S.A. (1990): Studies of educational interventions and outcomes in diabetic adults: A meta-analysis. *Patients Education and Counseling* 16, 189-215
- Brown, G.K./Nicassio, P.M. (1987): Development of a questionnaire for the assessment of active and passive coping strategies in chronic pain patients. *Pain*. 31, 53-64
- Brunnen, M.H./Herold, E.E. (1995): *Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde. Band 1.* Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt
- Brunnen, M.H./Herold, E.E. (1997): *Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde. Band 2.* Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt
- Brunnen, M.H./Herold, E.E. (2001): *Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde. Band 1. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage* Hannover: Schlütersche Verlagsanstalt
- Büker, H.-J. (1995): *Altenpflege als Beruf. 3., überarbeitete und erweiterte Auflage.* Hannover: Vincentz
- Buhl, A. (1995): Beraten oder Kontrollieren. *Häusliche Pflege* 4, Nr. 10, 728-730
- Bullinger, M. (1996): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36 Health Survey. *Die Rehabilitation* 35, XVII-XXX
- Bullinger, M. (1997a): Entwicklung und Anwendung von Instrumenten zur Erfassung der Lebensqualität. In: Bullinger, M. (Hg.) (1997b): *Lebensqualitätsforschung.* Stuttgart, New York: Schattauer, 1-6
- Bullinger, M. (Hg.) (1997b): *Lebensqualitätsforschung: Bedeutung – Anforderung – Akzeptanz.* Stuttgart, New York: Schattauer
- Bullinger, M. (2000): Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem SF-36-Health Survey. *Bundesgesundheitsblatt* 43, 190-197
- Bullinger, M./ Kirchberger, I./Ware, J.E. (1995): Der deutsche SF-36 Health Survey. Übersetzung und psychometrische Testung eines krankheitsübergreifenden Instruments zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 3, 21-36
- Burckhardt, C. S. (1990): Chronic pain. *Nursing Clinics of North America* 25, Nr. 4, 863-870
- Burnam, M.A./Wells, K./Leake, B./Landsverk, J. (1988): Development of a brief screening instrument for detecting depressive disorders. *Medical Care* 26, Nr. 8, 775-789

- Buzello, W. (1998): Geleitwort. In: Thomm, M. (1999): Schmerzpatienten in der Pflege. 2., erweiterte Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer, 5
- Caesar, S./Rameil, A./Schmedders, M./Hafner, V./Hofmann, M. (2000): Community Health Assessment für Bielefeld. (IPW Discussion-Paper P00-108). Bielefeld: IPW
- Canobbio, M.M. (1998). Praxishandbuch - Patientenschulung und Beratung. Wiesbaden: Ullstein Medical
- Carroll, D./Bowsher, D. (Hg.) (1993): Pain. Management and Nursing Care. Oxford: Butterworth-Heinemann
- Chackes, E./Christ, G. (1996): Crosscultural issues in patient education. Patient Education and Counseling 27, 13-21
- Chang, B.L. (1999): Pflegediagnosen und Konstruktvalidität von Schmerz, Selbstpflegedefizit und eingeschränkter Mobilität. Pflege und Gesellschaft 4, Nr. 2, 25-32
- Chrystal, C. (1997): Administering continuous vesicant chemotherapy in the ambulatory setting. Journal of Intravenous Nursing 20, Nr. 2, 78-88
- Ciske, R. (1983): Faktoren des Schmerzerlebens und ihre Messung: Revidierte Mehrdimensionale Schmerzskala. Diagnostica 1, 61-74
- Clark, D. (1999): 'Total pain', disciplinary power and the body in the work of Cicely Saunders, 1958-1967. Social Science & Medicine 49, Nr. 6, 727-736
- Clarke, E.B./French, B./Bilodeau, M.L./Capasso, V.C./Edwards, A./Empoliti, J. (1996): Pain Management Knowledge, Attitudes and Clinical Practice: The Impact of Nurses' Characteristics and Education. Journal of Pain and Symptom Management 11, Nr. 1, 18-31
- Clauss, V./Mecky, I. (Hg.): (1997): Kursbuch Pflege. Ein kompaktes Lehrbuch für Ausbildung und Beruf. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: G. Fischer
- Cleeland, C.S./Gonin, R./Hatfield, A.K./Edmonson, J.H./Blum, R.H./Stewart, J.A./Pandya, K.J. (1994): Pain and its treatment in outpatients with metastatic cancer. New England Journal of Medicine 330, Nr. 9, 592-596
- Coderre, T.J./Katz, J./Vaccharino A.L./Melzack, R. (1993): Contribution of central neuroplasticity to pathological pain: Review of clinical and experimental evidence. Pain 52, Nr. 3, 259-285
- Coderre, T.J./Katz, J. (1997): What exactly is central to the role of central neuroplasticity in persisting pain. Behavioral and Brain Sciences 20, Nr. 3, 483-486
- CIPS/Collegium Internationale Psychiatriae Scala (1996): Internationale Skalen für Psychiatrie. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Beltz
- Conrad, R. (1999). Selbstbestimmte Pflege für Menschen mit Diabetes mellitus. Bern: Huber
- Corbin, J.M. (1994): Chronicity and Trajectory Framework (WZB Discussion-paper P94-202). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung

- Dalton, J.A./Blau, W./Carlson, J./Mann, J.D./Bernard, S./Toomey, T./Pierce, S./Germino, B. (1996): Changing the relationship among nurses' knowledge, self-reported behavior, and documented behavior in pain management: Does education make a difference? *Journal of Pain and Symptom Management* 12, 308-319
- Das neue Lehrbuch der Krankenpflege (1992). 4. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Kohlhammer
- Daut, R.L./Cleeland, C.S./Flanery, R.C. (1983): Development of the Wisconsin Brief Pain Questionnaire to assess pain in cancer and other diseases. *Pain* 17, 197-210
- Davis, G.C. (1989): Measurement of chronic pain experience: development of an instrument. *Research in Nursing and Health* 12, 221-227
- Davis, G.C. (1997): Chronic pain management of older adults in residential settings. *Journal of Gerontological Nursing* 23, Nr. 6, 16-22
- DBfK (Hg.) (1990/1991): Hessisches Curriculum (Kinder-) Krankenpflege. Eschborn: Verlag Krankenpflege
- Deck, R./Raspe, H.H. (1992): Zur Messung des Leistungsvermögens bei rheumatischen Erkrankungen: Funktionsbehinderung, Schmerz, schmerzbezogene Kognitionen und Affekte. *Versicherungsmedizin* 44, Nr.6, 214-221
- DeConno, F./Caraceni, A./Gamba, A./Mariani, L./Abbatista, A./Brunelli, C./La Mura, A./Ventrifrida, V. (1994): Pain measurement in cancer patients: a comparison of six methods. *Pain* 57, 161-166
- Denecke, H. (1998): Komponenten der Angst und ihre Wirkung auf das Schmerzerleben und Schmerzverhalten. Diss. Universität Göttingen
- Denecke, H./Glier, B./Klinger, R./ Kröner-Herwig, B./Nilges, P./Redegeld, M./Weiß, L. (1995): Qualitätssicherung in der Schmerztherapie chronischen Schmerzes. VIII. Verfahren zur Erfassung schmerzassoziierter Dimensionen: Depressivität, Beschwerden, Angst. *Der Schmerz* 9, 299-304
- Denecke, H./Glier, B./Klinger, R./ Kröner-Herwig, B./Nilges, P./Redegeld, M./Weiß, L. (1997): Qualitätssicherung in der Schmerztherapie chronischen Schmerzes. X. Instrumente zur Erfassung von Schmerz bei Kindern. *Der Schmerz* 11, 120-125
- Derogatis, L.R./Lipman, R.S./Rickels, K./Uhlenhuth, E.H./Covi, L. (1974): The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): A self-report symptom inventory. *Behavioral Science* 19, 1ff
- Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin. *Der Schmerz* 9, 1995, 159
- Deutsche Schmerzliga e.V. (1995). Ein Meilenstein für die Schmerztherapie. *Deutsche Schmerzliga* 3, Nr. 3, 1-2.
- Devine, E.C. (1992): Effects of psychoeducational care for adult surgical patients: A meta analysis of 191 studies. *Patient Education and Counseling*. 19, 129-142
- Devine, E.C. (1996): Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with asthma. *Research in Nursing and Health* 26, 367-274
- Devine, E.C. (1998): Patient Education. In: Fitzpatrick, J.J. (Hg.) (1998): *Encyclopedia of Nursing Research*. New York: Springer, 426-428
- Devine, E.C./Percy, J. (1996): Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Patients Education and Counseling* 26, 167-178

- Devine, E.C./Reifschneider, E. (1995): A meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with hypertension. *Nursing Research* 44, 237-245
- Dewe, B./Scherr, A. (1990). Beratung und Beratungskommunikation. *Neue Praxis* 20, Nr. 6, 488-500
- DGSS (1998): Arbeitsunterlagen für die Mitgliederversammlung 1998. Köln: DGSS
- DGSS Arbeitskreis Krankenpflege und medizinischen Assistenzberufe (1999): Schmerztherapeutisches Basiscurriculum für die Krankenpflegeausbildung. DGSS: Köln (Manuskript)
- DGSS-Initiativgruppe/Basler, H.-D./Casser, H.-R./Drechsler, U./Gerbershagen, H.U./Gießinger, N./Hankemeier, U./Mense, S./Nikolaus, M. (1998): „Schmerz und Alter“ – Ein vernachlässigtes Gebiet? Stand der Forschung und offene Fragen. In: DGSS (Hg.): Arbeitsunterlagen für die Mitgliederversammlung 1998. Köln: DGSS, 195-218
- Diemer, W. (1998): Krebschmerzinitiative Mecklenburg-Vorpommern. In: BMG (Hg.): Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung im Zeitraum von 1981-1998 (Schriftenreihe des BMG Bd. 109). Baden-Baden: Nomos, 202-207
- Diemer, W. (2000a): Krebschmerz beseitigen - mit dem richtigen Know-how klappt's! Häufiges Problem: der Wechsel von Stufe II auf Stufe III des WHO-Schemas. *Forschung und Praxis. Wissenschafts-Journal der Ärzte Zeitung* 19, Nr. 300, 18-21
- Diemer, W. (2000b): Palliativ-Team hilft Hausärzten bei der Schmerztherapie. *Forschung und Praxis. Wissenschafts-Journal der Ärzte Zeitung* 19, Nr. 300, 21
- Diener, H.C. (1997a): Anamnese. In: Diener, H. C./Maier, C. (Hg.): Das Schmerz-Therapie-Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 15-18
- Diener, H.C. (1997b): Schmerzbegriffe. In: Diener, H. C./Maier, C. (Hg.): Das Schmerz-Therapie-Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 3-5
- Diener, H.C./Maier, C. (Hg.) (1997): Das Schmerz-Therapie-Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- DIMDI/Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (1995): ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision. Landsberg/Lech: ecomed
- DKG/Deutsche Krankenhausgesellschaft (2000): Zahlen, Daten, Fakten 2000. Düsseldorf: Deutsche Krankenhaus Verlagsgesellschaft mbH
- Dobbek, T./Scholz, O.B./Gärtner, C. (1990): Schmerztagebücher und Patientencompliance. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin* 11, Nr. 2, 137-149
- Dobratz, M./Wade, R./Herbst, L./Ryndes, T. (1991): Pain efficacy in home hospice patients. A longitudinal study. *Cancer Nursing*. 14, Nr. 1, 20-26
- Doenges, M.E./Moorhouse, M.F. (1997): Pflegediagnosen und Maßnahmen. 2., ergänzte Auflage. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber

- Dohrenbusch, R. (1988): Stress und Krankheitsbewältigung bei Patienten mit chronisch entzündlichen Erkrankungen: Rheumatoider Arthritis, Spondylitis anklosans und chronisch entzündlichen Darmerkrankungen. Diss., Universität Bonn
- Donabedian, A. (1992). Quality assurance in Health Care. Consumers role. *Quality in Health Care* 1, 247-251
- Donner, B./Raber, M./Zenz, M./Strumpf, M./Dertwinkel, R. (1998): Experiences with Prescription of Opioids. *Journal of Pain and Symptom Management* 14, Nr. 4, 231-234
- Driggers, D.L./Nussbaum, J.S./Haddock, K.S. (1993): Role modeling: an educational strategy to promote effective cancer pain management. *Oncology Nursing Forum* 20, 959-962
- Dryfus, H.L./Dryfus, S.E. (1987): Künstliche Intelligenz. Hamburg: Rowohlt (Originalausgabe: Mind over Machine. New York: MacMillan The Free Press. 1986)
- Dufault, M.A./Bielecki, C./Collins, E./Willey, C. (1999): Veränderung der Schmerz-Einschätzungspraxis von Pflegenden. *Pflege und Gesellschaft* 4, Nr. 2, 33-44
- Dura. J.R./Beck, S.J. (1988): A comparison of family functioning when mothers have chronic pain. *Pain* 35, 79-89
- Easterbrook, P.J./Keruly, J.C./Moore, R.D. (1991): Racial/Ethnic Differences in Outcome with Zidovudine Therapy: Paper presented at the Seventh International AIDS Conference. Florence, Italy, P338
- Egle, U.T. (1993): Dimensionen des Schmerzgeschehens. In: Egle, U.T./Hofmann, S.O. (Hg.): *Der Schmerzkranke*. Stuttgart, New York: Schattauer, 130-135
- Egle, U.T./Hofmann, S.O. (1993): Das bio-psycho-soziale Krankheitsmodell. In: Egle, U.T./Hofmann, S.O. (Hg.): *Der Schmerzkranke*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 1-17
- Eich, E./Reeves, J.L./Jaeger, B./Graff-Radford, S. (1985): Memory for pain: Relation between past and present pain intensity. *Pain* 23, 375-379
- Ekman, P./Friesen, W.V. (1969): Facial action coding system. *Investigator's guide*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist's Press
- Ellert, U. /Bellach, B.-M. (1999): Der SF-36 im Bundes-Gesundheitssurvey – Beschreibung einer aktuellen Normstichprobe. *Gesundheitswesen* 61/Sonderheft 2, S184-S190
- Emanuel, E.J./Daniels, E.R./Fairclough, D.L./Clarridge, B.R. (1998): The practice of euthanasia and physician-assisted suicide in the United States: Adherence to proposed safeguards and effects on physicians. *Journal of the American Medical Association/JAMA* 280, Nr. 6, 507-513
- Engel, L.E. (1959). „Psychogenic“ pain and the pain prone patient. *American Journal of Medicine* 26, 899-918
- Ensink, F.B./Hanekop, G.-G./Bautz, M.T./Steinmetz, U./Eckel, H./Kettler, D. (1998): SUPPORT: Modellmaßnahme der Ärztekammer Niedersachsen zur Qualitätssicherung der palliativmedizinisch orientierten Versorgung von Patienten mit Tumorschmerzen. In: BMG (Hg.): *Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung im Zeitraum von 1981-1998* (Schriftenreihe des BMG, Bd. 109). Baden-Baden: Nomos, 190-201

- Erste Statistik: Hospize begleiten in zwölf Monaten rund 30 000 Sterbende. Deutsche Hospiz Stiftung betont das Engagement der ehrenamtlichen Mitarbeiter. Ärzte Zeitung vom 12.01.2000, 5
- Evans, M.A./Liffrig, T.K./Nelson, J.K./Compher, C. (1993). Home nutrition support patient education materials. *Nutrition in Clinical Practice* 8, Nr. 1, 43-74
- Ewers, M. (1998): Schwerstkranke Pflegen – Kooperation gestalten. Perspektiven ambulanter Pflegedienste. *Pflegemanagement* 6, Nr. 5, 33-38
- Ewers, M. (2000): Häusliche Infusionstherapie. Herausforderungen für Pflege und Public Health in Wissenschaft und Praxis. *Pflege und Gesellschaft* 5, Nr. 2, 37-41
- Ewers, M./Schaeffer, D. (2000): Case Management als Innovation im bundesdeutschen Sozial- und Gesundheitswesen. In: Ewers, M./Schaeffer, D. (Hg.): *Case Management in Theorie und Praxis*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 7-27
- Fahrenberg, J. (1975): Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL). *Zeitschrift für klinische Psychologie* 4, Nr. 2, 79-100
- Fahrenberg, J. (1995): Die Freiburger Beschwerdenliste (FBL). Göttingen: Hogrefe Verlag für Psychologie.
- Fairbanks, J.C.T./Couper, J./Davis, J.B./O'Brien, J.P. (1980): The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire. *Physiotherapy* 66, 271-273
- Farrer, K. (1999) : Research and audit: demonstrating quality. In: Lugton, Jean/Kindlen, Margaret (Hg.): *Palliative Care: The Nursing Role*. Edingburgh, London, New York: Churchill, 271-296
- Fee, E./Fox, D.M. (Hg.) (1992): *Aids: The Making of a Chronic Disease*. Berkeley, Los Angeles: University of California Press.
- Ferrell, B.A. (1995): Pain Evaluation and Management in the Nursing Home. *Annals of Internal Medicine* 123, Nr. 9, 681-687
- Ferrell, B.A./Ferrell, B.R./Osterweil, D. (1990): Pain in the Nursing Home. *Journal of the American Geriatric Society* 38, 409-414
- Ferrell, B.A./Ferrell, B.R./Rivera, L. (1995): Pain in Cognitively Impaired Nursing Home Patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 10, Nr. 8, 591-598
- Ferrell, B.R./Grant, M./Padilla, G./Vemuri, S./Rhiner, M. (1991): The experience of pain and perceptions of quality of life: validation of a conceptual model. *Hospice Journal* 7, Nr. 3, 9-24
- Ferrell, B.R./Borneman, T./Juarez, G. (1998): Integration of Pain Education in Home Care. *Journal of Palliative Care* 14, Nr. 3, 62-68
- Fishbain, D.A. (1996): Current Research on Chronic Pain and Suicide. *American Journal of Public Health* 6, Nr. 9, 1320-1321
- Flöter, T./Jungck, D./Seemann, H. (1988): Der Schmerz-Anamnesebogen in der Praxis für Schmerztherapie. *Therapiewoche* 38, 2248-2253
- Flöter, T. (Hg.) (1998): *Schmerztherapieführer Deutschland 1998*. Wegweiser für interdisziplinäre Schmerztherapie. Mitgliederverzeichnis. Frankfurt am Main: Schmerztherapeutisches Kolloquium e.V. (StK)
- Flor, H. (1999): Verhaltensmedizinische Grundlagen chronischer Schmerzen. In: Basler, H-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H. P./Seemann, H. (Hg.): *Psychologische Schmerz-Therapie*. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 123-139

- Flor, H./Birbaumer, N./Turk, D.C. (1988): Ein Diathese-Streß-Modell chronischer Rückenschmerzen: Empirische Befunde und therapeutische Implikationen. In: Gerber, W.D./Miltner, W./Mayer, K. (Hg.): Verhaltensmedizin: Weinheim: Chemie-Verlag – Edition Medizin, 37-54
- Flor, H./Fydrich, T. (1999): Die Rolle der Familie bei chronischen Schmerzen. In: Basler, H-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H. P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerz-Therapie. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 213-223
- Flor, H./Heimerdinger, K. (1992): Erfassung des Schmerzverhaltens. In: Geissner E./Jungitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes. Psychologie Verlags Union, 99-105
- Flor, H./Kerns, R.D./Turk D.C. (1987): The role of spouse reinforcement, perceived pain, and activity levels of chronic pain patients. *Journal of Psychosomatic Research* 31, 251-259
- Flor, H./Rudy, T.E./Birbaumer, N./Streit, B./Schugens, M.M. (1990): Zur Anwendbarkeit des West-Haven-Yale-Multidimensional Pain-Inventory im deutschen Sprachraum. Daten zur Reliabilität und Validität des MPI-D. *Der Schmerz* 4, 82-87
- Flor, H./Turk, D.C./Rudy, T.E. (1989): Relationship of pain impact and significant other reinforcement of pain behaviors: the mediating role of gender, marital status and marital satisfaction. *Pain* 38, 45-50
- Foley, K.M. (1991): The relationship of pain and symptom management to patients requests for physician-assisted suicide. *Journal of Pain and Symptom Management* 6, 289-297
- Fordyce, W.E. (1976): Behavioral methods in chronic pain and illness. St. Louis: Mosby
- Fordyce, W.E. (1978) Learning process in pain. In: Sternbach, R.A. (Hg.): The psychology of pain. New York: Raven Press, 49-65
- Fordyce, W.E./Lansky, D./Calsyn, D.A./Shelton, J.L./Stolov, W.L./Rock, D.L. (1984): Pain measurement and pain behaviour. *Pain* 18, 53-69
- Forman, W.B. (1998) : The Evolution of Hospice and Palliative Medicine. In: Berger, A./Portenoy, R.K./Weissman, D.E. (Hg.): Principles and practice of supportive oncology. Philadelphia: Lippincott, 735-739
- Francke, A.L./Luiken, J.B./Schepper, A.M.E. de/Abu-Saad. H.H./Grypdonck, M. (1997): Effects of Continuing Education Program on Nurses' Pain Assessment Practices. *Journal of Pain and Symptom Management* 13, Nr. 2, 90-97
- Franke, G. (1992): Eine weitere Überprüfung der Symptom-Check-Liste (SCL-90-R) als Forschungsinstrument. *Diagnostica* 38, 160-167
- Franke, G. (1995): Die SCL-90-R Symptom-Check-Liste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Testzentrale Göttingen
- French, B. (1997): British studies which measure patients outcome, 1990-1994. *Journal of Advanced Nursing* 26, 320-328
- Gablenz, E. von/Heinen, B./Hesselbarth, S./Lanz, E. (1989a): Differenzierung zwischen Schmerzintensität und Gemütsverfassung bei chronischen Schmerzpatienten. *Der Schmerz* 3, 80-84
- Gablenz, E. von /Heinen, B./Kirsch, D./Lanz, E. (1989b): Schmerzmessung: Möglichkeiten der Schmerzmessung bei akuten postoperativen Schmerzen. *Therapiewoche* 39, 1608-1612

- Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.) (1998): Medizin und Pflege. Kooperation in der ambulanten Versorgung. Berlin: Ullstein Mosby
- Garms-Homolová, V./Maurer, M./Schaeffer, D. (1998): Konzepte und Voraussetzungen der Kooperation. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Berlin: Ullstein Mosby, 1-6
- Gasper-Paetz, A. (1996): Aufgaben des Hausbetreuungsdienstes. In: Malteser Hausbetreuungsdienst für Tumorpatienten. Ein Projekt der Deutschen Krebshilfe. Erfahrungsbericht über 3 ½ Jahre ambulanter Arbeit. Abschlußbericht. Bonn: Malteser Hausbetreuungsdienst für Tumorpatienten/Verein zur Betreuung und Begleitung von Schwerstkranken und Tumorpatienten e.V. (Eigenverlag), 15-20
- Gatchel, R.J. (1996): Psychological disorders and chronic pain: Cause-and-effect relationships. In: Mayer, T.G./Mooney, V./Gatchel, R.J. (Hg.): Psychological approaches to pain management. A practitioner's handbook. New York: Guilford Press
- Gatchel, R.J. (1999): Perspectives on Pain: A Historical Overview. In: Gatchel, R.J./Turk, D.C. (Hg.): Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives. New York, London: Guilford Press, 3-17
- Gatchel, R.J./Epker, J. (1999): Psychosocial Predictors of Chronic Pain and Response to Treatment. In: Gatchel, R.J./Turk, D.C. (Hg.): Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives. New York, London: Guilford Press, 412-434
- Gatchel, R.J./Turk, D.C. (1999): Interdisciplinary Treatment of Chronic Pain Patients. In: Gatchel, R.J./Turk, D.C. (Hg.): Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives. New York, London: Guilford Press, 435-444
- Geissner, E. (1990): Psychologische Schmerzmodelle – Einige Anmerkungen zur Gate-Control-Theory sowie Überlegungen zu einem mehrfaktoriellen prozessualen Schmerzkonzept. Der Schmerz 4, 184-192
- Geissner, E. (1992): Psychologische Modelle des Schmerzes und der Schmerzverarbeitung. In: Geissner E./Jungitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 25-41
- Geissner, E. (1996): Die Schmerzempfindungsskala – SES. Göttingen: Hogrefe
- Geissner E./Dalbert, C./Schulte, A. (1992): Die Messung der Schmerzempfindung. In: Geissner, E./Jungitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 9-97
- Geissner, E./, Würtele, U. (1992): Dimensionen der Schmerzbewältigung und schmerzbedingten psychischen Beeinträchtigung. In: Geissner E./Jungitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 147-158
- Gerber, W.D./Diener, H.C. (1987): Verlaufsprotokolle zur Schmerztherapie: Das Tübinger Kopfschmerztagbuch. Manuskript zum ersten Workshop über "Qualitätssicherung in der Algesiologie". Mainz (Manuskript)
- Gerbershagen, H.U. (1984): Dokumentation. In: Bergmann, H. (Hg.): Moderne Schmerzbehandlung. Wien, München: Maudrich, 30-33
- Glier, B. (1995): Qualitätssicherung in der Schmerztherapie chronischen Schmerzes. V. Verfahren zur Erfassung kognitiver Schmerzverarbeitung (Schmerzkognitionen) und Schmerzbewältigung. Der Schmerz 9, 206-211
- GMK (1999) Förderung der ambulanten Hospizarbeit. Beschluss auf der 72. Gesundheitsministerkonferenz am 9./10.Juni 1999 in Trier

- Göbel, H. (1988): Über die Schwierigkeit einer umfassenden Schmerzdefinition. *Der Schmerz* 2, 89-93
- Göbel, H. (1994): Algesimetrie. In: Soyka, D. (Hg.): *Schmerz: Pathophysiologie und Therapie*: Stuttgart, New York: Schattauer, 55-77
- Gorski, L.A. (1995). Patient education in high-tech home care. *Caring* 14, Nr. 5, 22-28
- Gostomzyk, J. G./Heller, W.-D. (1996): Verschreibung von Betäubungsmitteln zur Schmerztherapie und zur Substitution durch niedergelassene Ärzte. *Der Schmerz* 10, Nr. 6, 292-298
- Gracely, R.H./Kwilosz, D.M. (1988): The Descriptor Differential Scale: Applying psychological principals to clinical pain assessment. *Pain* 35, 279-288
- Green, L.W./Kreuter, M.W./Deeds, S.G./Partridge, K.B. (1980): *Health education planing – a diagnostic approach*. Palo Alto: Mayfield
- Grieshaber, U. (1992): „... informieren ... beraten ... vermitteln ...“ IAV-Stellen in der Erprobung. *Forum Sozialstation* 16, Nr. 59, 8-11
- Griffie, J./Weissman, D.E. (1996): Palliative medicine nurse preceptorship at the Medical College of Wisconsin. *Journal of Pain and Symptom Management* 12, 360-363
- Grond, E. (1993): *Praxis der psychischen Altenpflege: Betreuung körperlich und seelisch Kranker*. 10. Auflage. München-Gräfelfing: Banaschewski
- Grond, S./Zech, D./Diefenbach, C./Radbruch, L./Lehmann, K.A. (1996): Assessment of cancer pain: a prospective evaluation in 2 266 cancer patients referred to a pain service. *Pain* 64, Nr. 1, 107-114
- Grossman, S.A./Sheidler, V.R./Swedeen, K./Mucenski, J./Piantadosi, S. (1991): Correlation of patient and caregiver ratings of Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 6, 53-57
- Gureje, O./Korff, M. von/Sirnon, G.E./Gater, R. (1998): Persistent pain and Well-being. A World Health Organization Study in primary care. *Journal of the American Medical Association/JAMA* 280, Nr. 2, 147-151
- Hampel, P./Petermann, F. (1997): Patientenschulung und Beratung - Zur Bedeutung der Streßkonzepte. In: Petermann, F. (Hg.). *Patientenschulung und Patientenberatung*. Göttingen: Hogrefe, 53-99
- Hankemeier, U./Krizanits, F. (2001): *Medikamentöse Therapie*. In: Hankemeier, U./Schüle-Hein, K./Krizanits, F. (Hg.) (2001b): *Tumorschmerztherapie*. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 41-79
- Hankemeier, U./Krizanits, F./Schüle-Hein, K. (2001a): *Grundlagen der Behandlung*. In: Hankemeier, U./Schüle-Hein, K./Krizanits, F. (Hg.) (2001b): *Tumorschmerztherapie*. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 1-19
- Hankemeier, U./Schüle-Hein, K./Krizanits, F. (Hg.) (2001b): *Tumorschmerztherapie*. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Hardwick, C./Lawson, N. (1995). The information and learning needs of the caregiving family of the adult patient with cancer. *European Journal of Cancer Care* 4, Nr. 3, 118-121
- Harrison, A. (1991): Assessing patients' pain: identifying reasons for error. *Journal of Advanced Nursing* 16, 1018-1025

- Hasenbring, M. (1994): Kieler Schmerz-Inventar. Teile I-IV. Bern: Huber
- Hatcliffe, S./Smith, P./Daw, R. (1996): District nurses' perception of palliative care at home. *Nursing Times* 92, 36-37
- Häusliche Pflege: Das Adressbuch 1999/2000. 7. Ausgabe, 1999. Hannover: Vincentz
- Hautzinger (1999): Behandlung von Depression und Angst bei Schmerzzuständen. In: Basler, H-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H. P./Seemann, H. (Hg.): *Psychologische Schmerz-Therapie*. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 759-778
- Hautzinger, M. (1988): Die CES-D Skala. Ein Depressionsmeßinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica* 34, Nr. 2, 167-173
- Hautzinger, M./Bailer, M. (1991): Allgemeine Depressionsskala (ADS). Die deutsche Version des CES-D. Weinheim: Beltz Test
- Hautzinger, M./Bailer, M./Worall, H./Keller, F. (1992): Das Beck Depressionsinventar – BDI. Bern: Huber
- Heidemann, E. (1999): Tumorpatienten in Deutschland: Was wissen wir über Schmerzprävalenzen? *Der Schmerz* 13, Nr. 4, 249-252
- Heinemann-Knoch, M./Korte, E. (1995): Wo Kassen Hilfe finden. Die Erfahrungen von Altenberatungsstellen nutzen. *Forum Sozialstation* 19, Nr. 74, 18-19
- Heiss, G.L. (1995): Health Teaching. In: Smith, C.M./Maurer, F.A. (Hg.): *Community Health Nursing. Theory and Practice*. Philadelphia: Saunders, 450-470
- Helvie, C.O. (1991): *Community Health Nursing*. New York: Springer
- Henderson, V. (1964): The Nature of Nursing. *American Journal of Nursing*. 64, Nr. 8 (dt.: Das Wesen der Pflege. In: Schaeffer D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hg.) (1997): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 39-54
- Henkel, B./Jaeger, U./Spölgel H./Wagner, J. (1993): Care/Case Management. Unterstützen statt bevormunden. Wie kompetente Sozialarbeit in Sozialstationen aussehen kann. *Forum Sozialstation* 17, Nr. 63, 30-32
- Hennemann, E./Lee, J./Cohen, J. (1995): Collaboration: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing* 21, Nr. 1, 103-109
- Herr, K.A./Mobily, P.R. (1993): Comparison of selected pain assessment tools for the use with the elderly. *Applied Nursing Research* 6, 36-46
- Herschbach, P. (1991): Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften. Weinheim: Edition Medizin
- Heuft, G./Kruse, R./Lohmann, W./Senf, W. (1995): Psychosomatische Aspekte des Schmerzerlebens im Alter - Ergebnisse aus der ELDERMEN-Studie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, Nr. 5, 349-357
- Hewitt, D.J./McDonald, M./Portenoy, R.K./Rosenfeld, B./Passik, S.A./Breitbart, W. (1997): Pain syndromes and etiologies in ambulatory AIDS patients. *Pain* 70, Nr. 2-3, 117-123
- Hildebrandt, J./Pfungsten, M. (1993): Nomenklatur und Definitionen. In: Zenz, M./Jurna, I. (Hg.): *Lehrbuch der Schmerztherapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 77-84

- Hodgkins, H./Albert, D./Daltroy, L. (1985): Comparing patients and their physicians assessment of pain. *Pain* 23, 273-277
- Hoefert, H.-W./Kröner-Herwig, B. (Hg.) (1999): Schmerzbehandlung. Psychologische und medikamentöse Interventionen. München, Basel: Reinhardt
- Höhmman, U./Müller-Mundt, G./Schulz, B. (1999): Qualität durch Kooperation. Gesundheitsdienste in der Vernetzung. 2. Auflage. Frankfurt am Main: Mabuse
- Höhmman, U./Weinrich, H./Gätschenberger, G. (1996); Die Bedeutung des Pflegeplanes für die Qualitätssicherung in der Pflege (Sozialforschung, Bd. 261). Bonn: BMAS
- Hofer, J./Kruse, A./Pöhlmann, K./Schmitt, E. (1995): Schmerz, Selbständigkeit und subjektives Alterserleben. Ein empirischer Beitrag aus der Studie "Möglichkeiten und Grenzen selbständiger Lebensführung im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie 28, Nr. 5, 358-368
- Hofer, S. (1993): Schmerzbehandlung postoperativ mittels patientenkontrollierter Analgesie (PCA). *Pflege* 6, Nr. 1, 3-12
- Hoffmann, S.O. (1993): Diagnostische Klassifikationen bei Schmerz. In: Egle, U.T./Hoffmann, S.O. (Hg.): *Der Schmerzkranke*. Stuttgart, New York: Schattauer, 173-181
- Holoch, E./Gehrke, U./Knigge-Demal, B./Zoller, E. (Hg.) (1999): *Lehrbuch Kinderkrankenpflege. Die Förderung und Unterstützung selbstopflegebezogenen Handelns im Kindes- und Jugendalter*. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Hoppe, F. (1985): Zur Faktorenstruktur von Schmerzverhalten bei chronischen Schmerzpatienten. *Diagnostica* 31, Nr. 1, 70-78
- Hoppe, F. (1991): *Hamburger Schmerz-Adjektivliste*. Weinheim: Beltz
- Hornby, S. (1993): *Collaborative Care*. Blackwell: Oxford
- Hospiz-Führer '97. *Ambulante und stationäre Einrichtungen zur Palliativtherapie in Deutschland*. Köln: Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin, Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes, 1997
- Hough, R.L./Landsverk, J.A./Stone, J.D. et al. (1983): Psychiatric screening scale project: Final report Contract = DB 81-0036 National Institute of Mental Health
- Hrabal, V./Kessler, M./Traue, M.C. (1992): Rückenschmerzen und Verhaltensreaktivität: Ergebnisse zum Ulmer Schmerztagebuch (UST). *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 26, 290-297
- Hüper, C. (1994): Schmerz als Krankheit. Die kulturelle Deutung des chronischen Schmerzes und die politische Bedeutung seiner Behandlung. Frankfurt am Main: Mabuse (zugl. Diss. Univ. Hannover, 1993)
- Hüper, C. (1996), Schmerz in der Pflege und Pflegeforschung. *Pflege & Gesellschaft* 1, Nr. 1, 8-13
- Hunt, S.M./McEwen, J. (1980): The development of a subjective health indicator. *Sociology of Health and Illness* 2, 231-246
- Hunt, S.M./McKenna, S.P./McEwen, J. (1989): *The Nottingham Health Profile. User's manual*. Manchester: Galen Research and Consultancy

- Hurrelmann, K. (2000): Gesundheitssoziologie. 4., völlig überarbeitete Auflage von "Sozialisation und Gesundheit". Weinheim, München: Juventa
- Huseboe, S./Klaschik, E. (1998): Palliativmedizin. Praktische Einführung in Schmerztherapie, Ethik und Kommunikation. Berlin, Heidelberg: Springer
- Hussey, L.C. (1994): Minimizing effects of low literacy on medication knowledge and compliance among the elderly. *Clinical Nursing Research* 3, 132-145
- Hutchings, D. (1999): Partnership in Education: An example of Client and Educator Collaboration. *Journal of Continuing Education in Nursing* 30, Nr. 3, 128-131
- IASP/International Association for the Study of Pain Subcommittee on Classification (1986): Pain terms: a current list with definitions and notes on usage. *Pain (Suppl. 3) Part II*, S215-S221
- ICN/International Council of Nursing: International Classification for Nursing Practice (ICNP), s. *ICN-homepage: <http://www.icn.ch/icnpupdate.htm>*
- Jacox, A./Carr, D.B./Payne, R. (1994a): Management of cancer pain. Clinical practice guidelines no. 9. Agency for Health Care Policy and Research (AHCPR) publication no. 94-0592. Rockville, MD: AHCPR, U.S. DC. Department of Health and Human Services, Agency for Health Care Policy and Research, Public Services.
- Jacox, A./Carr, D.B./Payne, R. (1994b): New clinical-practice guidelines for the management of pain in patients with cancer. *New England Journal of Medicine* 330, Nr. 9, 651-655
- Janjan, N.A./Martin, C.G./Payne, R./Dahl, J.L./Weissman, D.E./Stratton H. C. (1996): Teaching Cancer Pain Management. Durability of Education Effects of a Role Model Program. *Cancer* 77, Nr. 5, 996-1001
- Jeffrey, D. (1994): Education in palliative care: A qualitative evaluation of the present state and needs of general practitioner and community nurses. *European Journal of Cancer Care* 3, 67-74
- Jensen, M.P./Karoly, P. (1989): Revision and cross-validation of the Survey of Pain Attitudes (SOPA). Poster Presented at the 10th Annual Meeting of the Society of Behavioral Medicine. San Francisco, California
- Jensen, M.P./Karoly, P./Huger, R. (1987): The development and preliminary validation of an instrument to assess patients' attitudes toward pain. *Journal of Psychosomatic Research* 31, Nr. 3, 393-400
- Johnston, B. (1999): Overview of nursing developments in palliative care. In: Lugton, J./Kindlen, M. (Hg.): *Palliative Care: The Nursing Role*. Edinburgh, London, New York: Churchill, 1-26
- Joosten, M. (1993). *Die Pflege-Überleitung vom Krankenhaus in die ambulante Betreuung und Altenpflege – „Von der Lücke zur Brücke“*. 2., erweiterte Auflage. Herdecke: Eigenverlag
- Joranson, D.E. (1993): Availability of opioids for cancer pain: Recent trends, assessment of system barriers, New World Health Guidelines, and risk of diversion. *Journal of Pain and Symptom Management* 8, Nr. 6, 353-360
- Juchli, L. (1997): *Pflege. Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege*. 8., überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart: Thieme

- Jung, B. (1996): *Patientenorientierte Schmerztherapie und Kinderintensivpflege: ein theoretischer und empirischer Beitrag*. Frankfurt am Main: Mabuse
- Jung, B. (1998): *Patientenaufklärung und -anleitung als Aufgabe zur Verbesserung der Pflegequalität - am Beispiel chronischer Schmerzzustände und behandlungsbedingter Akutschmerzen*. Bielefeld: IPW (unveröffentlichtes Manuskript)
- Karoly, P./Jensen, M.P. (1987): *Multimethod assessment of pain*. Oxford: Pergamon Press
- Keefe, F.J./Block, A.R. (1982): Development of an observation method for assessing pain behavior in chronic low back pain. *Behavioral Therapy* 13, 363-375
- Kelly, G.R./Scott, J.E. (1990): Medication compliance and health education among outpatients with chronic mental disorders. *Medical Care* 28, 1181-1197
- Kern, M. (1999): Der ambulante Palliativdienst: Begleitung in der letzten Lebensphase. *Heilberufe ambulant* 3, Nr. 4, 6-7
- Kerns, R./Haythornthwaite, J.A./Rosenberg, R./Southwick, S./Giller, E./Jacob, M.C. (1991): The Pain Behavior Checklist (PBCL): Factor structure and psychometric properties. *Journal of Behavioral Medicine* 14, 155-167
- Kerns, R./Turk, D.C./Rudy, T.E. (1985): The West-Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI). *Pain* 23, 345-356
- Keseberg, A. (1995): Ambulante Schmerztherapie bei Tumorpatienten. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, Nr. 5, 328-334
- Kessler, S./Jäckel, W.H./Cziske, R./Potthoff, P./Jacobi, E. (1990): Sickness Impact Measurement Scales: Validierung einer deutschen Version. *Zeitschrift für Rheumatologie* 49/Suppl.1, 48
- King, I.M. (1981): *A theory for nursing: Systems, concepts, process*. New York: Wiley
- Kinnersley, P./Anderson, E./Parry, K./Clement, J./Archard, L./Tuton, P./Stainthorpe, A./Butler, C./Rogers, C. (2000): Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting „same day“ consultations in primary care. *British Medical Journal/BMJ* 320, 1043-1048
- Kiss, I./Müller, H./Abel, M. (1987): The McGill Pain Questionnaires - German Version. A study on cancer patients. *Pain* 29, 195-207
- Klages, U. (1989a): Fragebogen zum Schmerzverhalten (FSV). *Diagnostica* 35, Nr. 4, 351-353
- Klages, U. (1989b): Statistische Untersuchungen zur Entwicklung eines multifaktoriellen Schmerzfragebogens. *Schmerz, Pain, Douleur* 10, 134-140
- Klaschik, E. (1990): *Medikamentöse Schmerztherapie bei Tumorpatienten. Ein Leitfadens*. Bonn: Eigenverlag
- Klaschik, E./Nauck, F./Kern, M. (1998): Palliativmedizin. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 92, Nr. 1, 53-56
- Kleiber, D./Gusy, B./Enzmann, D./Beerlage, I. (1992): Arbeitssituation und Belastungen von Beschäftigten im AIDS-Bereich. Zwischenbericht (FK V-010—90) (AIDS-Forschung: Arbeitsberichte 18). Berlin: SPI

- Klie, T./Stascheit, U. (Hg.) (1995): Gesetze für Krankenpflegeberufe. Baden-Baden: Nomos
- Klinger, R./Maier, C. (1999): Opiode zur Behandlung chronischer, nicht tumorbedingter Schmerzen. In: Hoefert, H.-W./Kröner-Herwig, B. (Hg.): Schmerzbehandlung. München, Basel: Reinhardt, 150-171
- Klinger, R./Denecke, H./Glier, B./Kröner-Herwig, B./Nilges, P./Redegeld, M./Weiß, L. (1997): Qualitätssicherung in der Schmerztherapie chronischen Schmerzes. Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) zur psychologischen Diagnostik. XI. Diagnostik und multiaxiale Schmerzklassifikation. Der Schmerz 11, 378-385
- Klinger, R./Hasenbring, M./Pfungsten, M. (1992): Klassifikationsansätze bei chronischen Schmerzen. In: Geissner E./Jungitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 205-223
- Kloos, H.-D. (1999): Schmerzkonzepte von Kindern im Vorschul- und frühen Schulalter und ihrer Eltern nach schmerzhaften Interventionen während eines Krankenhausaufenthaltes. Pflege 12, Nr. 3, 173-182
- Klug-Redmann, B. (1996): Patientenschulung und -beratung. Berlin: Mosby
- Knigge-Demal, B. (1998): Schmerzerleben und Schmerzbewältigung des Kindes in invasiven Behandlungs-Pflegesituationen. Pflege 11, 324-329
- Knippenberg, F.C.E. van/Duivendoorn, H.J./Bonke, B./Passchier, J. (1990): Shortening the State-Trait Anxiety Inventory. Journal of Clinical Epidemiology 43, Nr. 9, 995-1000
- Knuth, P. (1997): Ein Sieg für die Schmerzpatienten: Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ verabschiedet. Editorial. Der Schmerz 11, Nr. 3, 47
- Köhler, K./Saß, H. (1984): Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. Weinheim: Beltz
- Kohlmann, T. (1991) Schmerzen in der Lübecker Bevölkerung. Der Schmerz 5, 209-213
- Kohlmann, T. (1997): Die Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität mit dem „Nottingham Health Profile.“ In: Bullinger, M. (Hg.) Lebensqualitätsforschung. Stuttgart, New York: Schattauer, 7-17
- Kohlmann, T./Raspe, H.H. (1992): Deskriptive Epidemiologie des Schmerzes. In: Geissner, E./Jungitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 11-23
- Kohlmann, T./Nuding, B./Raspe, H. H. (1992): Funktionsbehinderung, schmerzbezogene Kognition und emotionale Beeinträchtigung bei Rückenschmerzen. In: Geissner, E./Jungitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 107-121
- Kohlmann, T./Herlyn, K./Siegrist, J. (1994): 'Lebensqualität' bei Erkrankungen der Bewegungsorgane. Psychomed 6, Nr. 1, 6-11
- Kohlmann, T./Bullinger, M./Kirchberger-Blumstein, I. (1997): Die deutsche Version des „Nottingham Health Profile“ (NHP): Übersetzungsmethodik und psychometrische Eigenschaften. Zeitschrift für Sozial- und Präventivmedizin 42, Nr. 3, 175-185
- Koloska, R./Rehm, J./Fichter, M. (1989): Ist die Bewerben-Liste valide? Diagnostica. 35, Nr. 3, 248-259
- König, P. (2000): Die Internationale Klassifikation pflegerischer Praxis (ICNP). Pflege aktuell 54, Nr. 10, 546-553

- Korff, M. von/Dworkin, S.F./LeResche, L./Kruger A. (1988): An epidemiologic comparison of pain complaints. *Pain* 32, 173-184
- Korff, M. von/LeResche, L./ Dworkin, S.F.(1993): First onset of common pain symptoms: a prospective study of depression as a risk factor. *Pain*. 55, 251-258
- Kränzle, F. (2001): Pflegerische Aspekte. In: Hankemeier, U./Schüle-Hein, K./Krizantis, F. (Hg.) (2001b): Tumorschmerztherapie. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 273-277
- Krajic, K./Grießler, E./Grundböck, A./Pelikan, J.M. (1998): Ambulante Versorgung Schwer- und Schwerstkranker (IPW Discussion-Paper P98-104). Bielefeld: IPW
- Kröner-Herwig, B. (1990): Chronischer Schmerz - Eine Gegenstandsbestimmung. In: Basler, H.D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerztherapie. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 3-21.
- Kröner-Herwig, B. (1995) Qualitätssicherung in der Schmerztherapie chronischen Schmerzes. Ergebnisse einer Arbeitsgruppe der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS). I. Einführung und Überblick. *Der Schmerz* 9, 39-42
- Kröner-Herwig, B. (1997a): Chronischer Schmerz aus psychologischer Sicht. In: Weikunat, R./ Haisch, J./Kessler M. (Hg.): Public Health und Gesundheitspsychologie. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber, 257-263
- Kröner-Herwig, B. (1997b): Psychologische Therapie chronischer Schmerzen: Patientenschulung und motivierung. In: Petermann, F. (Hg.): Patientenschulung und Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe , 336-346
- Kröner-Herwig, B. (1999a): Die Behandlung chronischer Schmerzsyndrome: Plädoyer für einen integrativen Therapieansatz. In: Basler, H.D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerztherapie. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 567-580
- Kröner-Herwig, B. (1999b): Psychosoziale Diagnostik in der Schmerztherapie. In: Basler, H.D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerztherapie. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 247-262
- Kröner-Herwig, B. (1999c): Chronischer Schmerz - Eine Gegenstandsbestimmung. In: Basler, H.D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerztherapie. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 3-21
- Kröner-Herwig, B. (1999d): Schmerzbehandlungszentren in den USA. In: Basler, H.D./Franz, C./ Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerztherapie. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 697-719
- Kröner-Herwig, B. (1999e): Die Schmerzpersönlichkeit - Eine Fiktion? In: Basler, H.D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerztherapie. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 197-211

- Kröner-Herwig, B./Hoefert, H.-W. (1999): Zum Stand der Schmerzbehandlung in Deutschland. In: Hoefert, H.-W./Kröner-Herwig, B. (Hg.): Schmerzbehandlung. München, Basel: Reinhardt, 7-21
- Kröner-Herwig, B./Lucht, S. (1991): Veränderung des Schmerzkonzepts bei chronischen Schmerzpatienten durch Einsatz eines edukativen Videofilms. *Der Schmerz* 5, 70-77
- Kröner-Herwig, B./Denecke, H./Glier, B./Klinger, R./Nilges, P./Redegeld, M./Weiß, L. (1996): Qualitätssicherung in der Schmerztherapie chronischen Schmerzes. IX. Multidimensionale Verfahren zur Erfassung schmerzrelevanter Aspekte und Empfehlungen zur Standarddiagnostik. *Der Schmerz* 10, 47-52
- Krohwinkel, M. (1993): Der Pflegeprozeß am Beispiel von Apoplexikern. Eine Studie zur Erfassung und Entwicklung Ganzheitlich-Rehabilitativer Prozeßpflege. (Schriftenreihe des BMG 16) Baden-Baden: Nomos
- Kruse, A. (1995): Schmerz und Schmerzerleben im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*. 28, Nr. 5, 311
- Kuhn, T.S. (1967): Struktur wissenschaftlicher Revolutionen. Frankfurt am Main: Suhrkamp
- Kurz-Müller, K./Zenz, M. (1997): Schmerztherapie bei AIDS-Patienten. *Münchener Medizinische Wochenschrift/MMW* 139/Supp, 97-99
- Lademann, J. (2000): Hospital at Home: Häusliche Versorgungskonzepte für schwer kranke und intensiv-pflegebedürftige PatientenInnen (IPW Discussion-Paper P00-110). Bielefeld: IPW
- Lamparter-Lang, R. (Hg.) (1997a): Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. Bern: Huber
- Lamparter-Lang, R. (1997b): Prinzipien der Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. In: Lamparter-Lang, R. (Hg.): Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen. Bern: Huber, 9-32
- Lang, E./Eisele, R./Bickel, A./Winter, E./Schlabeck, M./Kastner, S./Sittl, R./Liebig, K./Martus, P./Neundörfer, B. (1999): Strukturqualität in der ambulanten Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten. *Der Schmerz* 13, Nr. 2, 102-112
- Lang, E./Kupfer, P. (1995): Der Schmerz - aus physiologischer und interner Sicht. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, Nr. 5, S. 318-327
- Larson, P.J./Carrieri-Kohlman, V./Dodd, M.J./Douglas, M./Froelicher, E.S./Gortner, S.R./Halliburton, P./Janson, S.R./Lee, K.A./Miasowski, C./Stotts, N.A./Taylor, D./Underwood, P.R. (1994): A model of symptom management. The University of California, San Francisco School of Nursing: Symptom Management Faculty Group. *Image* 26, 272-276
- Latham, J. (1993): Chronic Pain. In: Carroll, D./Bowsher, D. (Hg.): Pain. Management and Nursing Care. Oxford: Butterworth-Heinemann, 50-58
- Laux, L./Glanzmann, P./Schaffner, P./Spielberger, C.D. (1981): Das State-Trait Angstinventar (STAI). Theoretische Grundlagen und Handanweisung. Weinheim: Beltz
- Lazarus, R.S./Launier, R. (1981), Streßbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In: Nitsch, J. R. (Hg.). *Streß*. Hans Huber Verlag, Bern, 213-259.

- Lebovits, A.H./Smith, G./Maignan, M./Lefkowitz, M.(1994): Pain in hospitalized Patients with AIDS: Analgesic and Psychotropic Medication. *Clinical Journal of Pain* 10, Nr. 2, 156-161
- Lehrl, S./Ciske, R./Blaha, L. (1980): Schmerzmessung durch die Mehrdimensionale Schmerzskala MSS. Handanweisung. Vaterstetten: München.
- Leidig, U. (1996): Chronischer Schmerz und Partnerschaft. Aachen: Shaker (zugl. Diss. Universität Tübingen 1996)
- LeReschke, L./Dworkin, S.F. (1984): Facial expression accompanying pain. *Social Science & Medicine* 19, 1325-1330
- Lewis, M.S./Warfield, C.A. (1990): Management of pain in AIDS. *Hospital Practice* 25, Nr. 10A, 51-54
- Liedtke, D./Schulz-Gödker, A. (1995): Modellprojekt betreute Überleitung schwerpflegebedürftiger Patienten. *Pflegen ambulant* 6, Nr. 3, 24-26
- Lindena, G./Müller, S. (1996): Die Betäubungsmittelverschreibung aus Sicht von klinischer Forschung und Marktforschung. *Der Schmerz* 10, Nr. 6, 9-325
- Lorig, K. (1996a): Introduction. In: Lorig, K. (Hg.): Patient-Education. 2. Auflage. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage, XIII-XVI
- Lorig, K. (Hg.) (1996b): Patient-Education. 2. Auflage. Thousand Oaks, London, New Dehli: Sage
- Lubin, B. (1987): Manual for the Depression Adjective Checklists. San Diego, California: Educational and Industrial Testing Service
- Lyon, J.C./Stephany, T.M. (1993): Home Health Care. In: Swanson, J.M./Albrecht, M. (Hg.): Community Health Nursing. Promoting the Health of Aggregates. Philadelphia: Saunders, 626-639
- Magni, G./Caldieron, C./Rigatti-Luchini, S./Merskey, H. (1990): Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in the general population. An analysis of the 1st national health and nutrition examination. *Pain* 43, 299-308
- Magni, G./Marchetti, M./Moreschi, C./Merskey, H./Lucchini, S.R. (1993): Chronic musculoskeletal pain and depressive symptoms in National Health and Nutrition Examination. I. Epidemiologic follow-up study. *Pain* 53, 163-168
- Maier, C. (1997a): Analgetika. In: Diener, H. C./Maier, C. (Hg.): Das Schmerz-Therapie-Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 307-337
- Maier, C. (1997b): Besonderheiten der Anamnese und Therapieplanung bei Patienten mit chronischen Schmerzen. In: Diener, H. C./Maier, C. (Hg.): Das Schmerz-Therapie-Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 6-14
- Maier, C./Gleim, M. (1997): Interventionelle Verfahren. In: Diener, H. C./Maier, C. (Hg.): Das Schmerz-Therapie-Buch. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 353-370
- Maier, C./Hildebrandt, J. (1990): Schmerzklassifikation und Diagnoseschlüssel. *Zeitschrift für Rheumatologie*. 49 (Suppl. 1), 69
- Margulies, A./Fellinger, K./Kroner, T./Gaisser, A. (Hg.) (1994): Onkologische Krankenpflege. Berlin, Heidelberg: Springer
- Maxion-Bergemann, S./Faller, I./Kramer, A./Voigt, H./Waninger, J. (1998): Pflege in der Chirurgie. Lehrbuch für Krankenpflegeberufe. 1. Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer

- McCaffery, M./Beebe, A./Latham, J. (1997): Schmerz: Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Berlin, Wiesbaden: Ullstein Mosby (Originalausgabe: Pain: Clinical Manual for Nursing Practice. London: TNIP, 1994)
- McCaffery M./Pasero C.L (1998): Talking with patients and families about addiction. American Journal of Nursing 98, Nr. 3, 18-21
- McCaffery, M./Ferell, B.R. (1995): Nurses Knowledge About Cancer Pain: A Survey of Five Countries. Journal of Pain and Symptom Management 10, Nr. 5, 356-369
- McCormick, J.P./Li, R./Zarowny, D./Singer, J. (1993): Inadequate treatment of pain in ambulatory HIV patients. Clinical Journal of Pain 9, 279-283
- McGrath, J.P./Veber, L.L. de/Heran, M.T. (1985): Multidimensional pain assessment in children. Advances in Pain Research and Therapy 9, 387-393
- Meier, M. (1989): Angehörige in der Langzeitpflege. Eine qualitative Studie. Pflege 2, Nr. 2, 92-104
- Melzack, R. (1975): The McGill Pain Questionnaire: major properties and scoring methods. Pain 1, 277-299
- Melzack, R. (1987): The short form McGill Pain Questionnaire. Pain 23, 191-197
- Melzack, R./Wall, P. (1965): Pain mechanism: A new theory. Science 50, 971-979
- Melzack, R./Casey, K.L. (1968): Sensority, motivational and central control determinants of pain: A new conceptual model. In: Kenshalo, D. (Hg.): The Skin senses. Springfield: Tomas, 423-439
- Mensdorf, B. (1996): Durch umfassende Schulung wird die soziale Isolation vermieden. Pflegezeitschrift 49, Nr. 3, 166-169
- Meuret, G./Jocham, H. (1992): Eine optimale Lebensqualität. Häusliche Palliativtherapie durch das Clinic Home Interface Konzept. Deutsches Ärzteblatt 89, 2028
- Meuret, G./Home Care Team (1997): Home Care Tumorkranker. Clinic Home Interface. Konzept, Praxis, Schmerztherapie, Künstliche Ernährung, Bewertung. Ravensberg: Home Care Interface Förderverein e.V., Weingarten: Harder
- Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (Hg.) (1998): Hospizbewegung und Sterbegleitung: Konzepte und Leitlinien des Landes. 3. überarbeitete Auflage. Düsseldorf: MFJFG
- Mühlhauser, I./Bott, U./Overmann, H./Wagener, W./Bender, R./Jörgens, V./Berger, M. (1995): Liberalized diet in patients with type 1 diabetes. Journal of Internal Medicine 237, 591-597
- Mühlig, S. (1997): Schmerz und Schmerzbehandlung bei Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Psychologie Verlag
- Müller-Busch, H.C. (1999): Kulturgeschichtliche Bedeutung des Schmerzes. In: Basler, H-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H. P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerz-Therapie. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 225-244
- Müller-Mundt, G./Schulz, B./Höhmann, U. (1998): Strategien zur Bewältigung komplexer Problemlagen. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung 92, 393-399

- Müller-Mundt, G./Schaeffer, D./Pleschberger, S./Brinkhoff, P. (2000a). Patientenedukation - (k)ein zentrales Thema in der deutschen Pflege? *Pflege und Gesellschaft* 5, Nr. 2, 42-53
- Müller-Mundt, G./Brinkhoff, P./Schaeffer, D. (2000b): Schmerzmanagement und Pflege - Ergebnisse einer Literaturanalyse. *Pflege* 13, Nr. 5, 325-338
- Münch, G.; Reitz, J. (Hg.) (1994): Lehrbuch für Krankenpflege: ein prinzip- und praxisorientiertes Arbeitsbuch. Berlin, New York: de Gruyter
- Mundinger, M.O./Kane, R.L./Lenz, E.R./Totten, A.M./Tsai, W.-Y./Friedewald, W.T./Siu, A.L./Shelanski, M.L. (2000). Primary care outcome in patients treated by nurse practitioners or physicians. *Journal of the American Medical Association/JAMA* 283, 59-68
- Muthesius, D./Schaeffer, D. (1996): Krankheits- und Versorgungsverläufe aidserkrankter Frauen. Biographische und soziale Probleme der Bewältigung chronisch letaler Krankheit. (WZB Diskussion Paper P96-210). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung
- Mutschler, B./Maaßen, A./Sage, E. (1992): Beratungsstelle für ältere Menschen und ihre Angehörigen in Hamburg. *Die Brücke. Forum Sozialstation* 16, Nr. 61, 20-23
- Nauck, F. (2001): Palliativmedizin – ein Überblick. In: Hankemeier, U./Schüle-Hein, K./Krizantis, F. (Hg.) (2001b): Tumorschmerztherapie. 2., völlig überarbeitete und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 359-371
- National League of Nursing Education (1937): A curriculum guide for schools of nursing. New York: The League
- Nehen, H.G. (1995): Schmerz und Schmerzerleben im Alter aus Sicht der Rheumatologie. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, Nr. 5, 335-338
- Neundörfer, B. (1994): Klinische Differentialtypologie des Schmerzes. In: Soyka, D. (Hg.): Schmerz - Pathophysiologie und Therapie: Stuttgart, New York: Schattauer, 79-89
- Nettigsmeier, A./Witte, H./Laaser, U. (1999): Deutschsprachige Pflegezeitschriften als wissenschaftliche Informationsquelle. *Pflege und Gesellschaft* 4, Nr. 3, 60-64
- Nielsen, G.H. (2000): Die ICNP: Von der Alpha- zur Beta-Version. *PR-InterNet* 2, Nr. 5, 86-99
- Nikolaus, T. (1994): Chronischer Schmerz im Alter. Wiesbaden: Quelle & Meyer
- Nilges, P. (1993): Lerntheoretisches Verständnis von Schmerz. In: Egle, U.T./Hoffmann, S.O. (Hg.): Der Schmerzkranke. Stuttgart, New York: Schattauer, 107-119
- Nilges, P./Kröner-Herwig, B./Denecke, H./Glier, B./Klinger, R./Redegeld, M./Weiß, L. (1995): Qualitätssicherung in der Schmerztherapie chronischen Schmerzes. VI. Verfahren zur Erfassung von Behinderung/ Beeinträchtigung. VII. Verfahren zur Erfassung schmerzrelevanter interaktionaler Aspekte in Familie und Partnerschaft. *Der Schmerz* 9, 242-247
- Nilges, P./Wichmann-Dorn, E. (1992): Anamneseerhebung bei chronischen Schmerzpatienten. In: Geissner, E./Jungitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 45-78

- O'Brien, S./Dalton, J.A./Konler, G./Carlson, J. (1996): The knowledge and attitudes of experienced oncology nurses regarding the management of cancer-related pain. *Oncology Nursing Forum* 23, 515-521
- O'Connor, J. A./Burge, F.I./King, B./Epstein, J. (1986): Does Care Exclude Cure in Palliative Care? *Journal of Palliative Care* 2, Nr. 1, 9-15
- Oelke, U.-K. (1991): Planen, Lehren und Lernen in der Krankenpflegeausbildung. Basel, Baunatal: RECOM
- Oelke, U.-K. im Auftrag des Ministeriums für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen (1998): Entwurf einer empfehlenden Richtlinie für die Kranken- und Kinderkrankenpflegeausbildung. Düsseldorf: Ministerium für Frauen, Jugend, Familie und Gesundheit des Landes Nordrhein-Westfalen
- Oelke, U./Flohr, H.-J./Ruwe, G./Reuter, J. (Hg.) (1994ff): Lernen in der Pflege (Lehrbuchreihe). Baunatal: Baunataler Verlag
- Olesen, J. (1988): Classification of headache disorders, cranial neuralgias and facial pain. *Cephalalgia* 8 (Suppl.), 1-99
- Orem, D.E. (1971): *Nursing: Concepts of Practice*. New York: McGraw-Hill
- Ott, R./Scholz, O.B. (1995): Das elektronische Schmerztagebuch – Vorstellung der methodischen Grundlagen des Verfahrens und erste Validitätsergebnisse. *Der Schmerz* 9/Suppl. 1, 54
- Osterbrink, J. (1998): Pflegerische Maßnahmen bei onkologischen Patienten mit chronischen Schmerzzuständen. In: Bartsch, H.H./Hornstein, W. Frhr. von (Hg.): *Interdisziplinäre Schmerztherapie bei Tumorpatienten*. Basel, Freiburg im Breisgau, Paris: Krager, 114-123
- Osterbrink, J. (1999): Tiefe Atementspannung. Einfluss auf Angst, Leiden und Inzisionsschmerz in der postoperativen Frühphase. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Huber
- Ostner, I./Beck-Gernsheim, E. (1979): *Mitmenschlichkeit als Beruf: eine Analyse des Alltags in der Krankenpflege*. Frankfurt a.M., New York: Campus
- Ostner, I./Krutwa-Schott, A. (1981): *Krankenpflege, ein Frauenberuf? Bericht über eine empirische Untersuchung*. Frankfurt a.M., New York: Campus
- Pargson, K.L./Hailey, B.J. (1999): Barriers of effective pain management: A review of the literature. *Journal of Pain and Symptom Management*. 18, Nr. 5, 358-368
- Parse, R.R. (1981). *Man-living-health: A theory of nursing*. New York: Wiley
- Patient education plus (1990). A collection of patient education plus articles published in *The Professional Nurse* and here revised and updated. London: Austen Cornish
- Peplau, H. (1952): *Interpersonal relations in nursing*. New York: Putman.
- Petermann, F. (Hg.) (1997a): *Patientenschulung und Patientenberatung. Ein Lehrbuch. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe
- Petermann, F. (1997b): *Patientenschulung und Patientenberatung - Ziele, Grundlagen und Perspektiven*. In: Petermann, F. (Hg.): *Patientenschulung und Patientenberatung. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage*. Göttingen: Hogrefe, 3-21
- Peters-Gawlik, M. (1998): *Praxishandbuch Stomapflege*. Wiesbaden: Ullstein Medical

- Pfingsten, M./Schöps, P./Wille, T./Terp, L./Hildebrandt, J. (2000): Chronifizierungsausmaß von Schmerzerkrankungen. Quantifizierung und Graduierung anhand des Mainzer Stadienmodells. *Der Schmerz* 14, Nr. 1, 10-17
- Philips, H.C. (1987): Avoidance Behaviour and its role in sustaining chronic pain. *Behaviour Research and Therapy* 25, 273-279
- Pollard, C.A. (1984): Preliminary validity study of Pain Disability Index. *Perceptual and Motor Skills* 59, 974
- Pomykala, B. (1996): *Altenpflege: Ein praxisorientiertes Lehrbuch*. 3. überarbeitete Auflage. Stuttgart: G. Fischer
- Portenoy, R./Foley, K.M. (1986): The use of opiates in chronic non-malignant pain. *Pain* 25, 171-186
- Porzolt, F./Rist, C. (1997): Lebensqualitätsforschung in der Onkologie: Instrumente und Anwendung. In: Bullinger, M. (Hg.) (1997b): *Lebensqualitätsforschung*. Stuttgart, New York: Schattauer, 19-21
- Pothmann, R. (1999): Klinische Schmerzdiagnostik bei Kindern. In: Basler, H.D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): *Psychologische Schmerztherapie*. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 345-353
- Potthoff, P./Urbahn, D. (1998): Hemmfaktoren bei der Durchführung einer wirksamen Schmerztherapie nach Stufenschema. In: BMG (Hg.): *Modellprogramm zur besseren Versorgung von Krebspatienten im Rahmen des Gesamtprogramms zur Krebsbekämpfung im Zeitraum von 1981-1998* (Schriftenreihe des BMG Bd. 109). Baden-Baden: Nomos, 184-189
- Potthoff, P./Urbahn, D./Infratest Epidemiologie und Gesundheitsforschung (1998): Hemmfaktoren bei der Durchführung einer wirksamen Schmerztherapie nach den WHO-Stufenschema. *Arztbefragung*. (Schriftenreihe des BMG, Bd. 92). Baden Baden: Nomos
- Pschyrembel (1994). *Klinisches Wörterbuch*. 257. Auflage. Berlin, New York: de Gruyter
- Radbruch, L./Zech, D. (1997): Algesimetrie in der Krebschmerztherapie. In: Aulbert, E./Zech, D. (Hg.): *Lehrbuch der Palliativmedizin*. Stuttgart, New York: Schattauer, 436-446
- Radbruch, L./Lick, G./Kienke, P./Lindena, G./Sabatowski, R./Grond, S./Lehmann, K.A./Cleland, C.S. (1999a): Validation of the German Version of the Brief Pain Inventory. *Journal of Pain and Symptom Management* 18, Nr. 3, 180-187
- Radbruch, L./Sabatowski, R./Loick, G./Brunsch-Radbruch, A./Lehmann, K. A. (1999b): WHO-Empfehlungen zur Tumorschmerztherapie Entwicklung eines Bewertungssystems. *Der Schmerz* 13, Nr. 4, 259-265
- Radloff, L.S. (1977): The CES-D Skale: a self report depression-scale for research in the general population. *Applied Psychological Measurement* 1, Nr. 3, 385-401
- Radoschewski, M./Bellach, B.-M. (1999): Der SF-36 im Bundes-Gesundheits-survey – Möglichkeiten und Anforderungen der Nutzung auf der Bevölkerungsebene. *Gesundheitswesen* 61/Sonderheft 2, S191-S199
- Radvila, A./Adler, R.H./Galeazzi, R.L./Vorkauf, H. (1987): The development of a German language (Berne) pain questionnaire and its application in a situation causing acute pain. *Pain* 28, 185-195

- Ratzmann, K.P. (1993): Der Diabetesberater. Heilberufe 45, Nr. 4, 196-197
- Redegeld, M./Weiß, L./Denke, H./Glier, B./Klinger, R./Kröner-Herwig, B./Nilges, P. (1995): Qualitätssicherung in der Schmerztherapie chronischen Schmerzes. II. Verfahren zur Erfassung des Schmerzerlebens III. Verfahren zur Erfassung des Schmerzverhaltens. IV. Verfahren zur Erfassung der Schmerzintensität und Schmerztagebücher. Der Schmerz 9, 151-158
- Redman, B.K. (1993): Patient education at 25 years; where we have been and where we are going. Journal of Advanced Nursing 18, S. 725-730
- Redman, B.K. (1998): Measurement Tools in Patient Education. New York: Springer
- Redman S./White K./Ryan, E. Hennrikus, D. (1995): Professional needs of palliative care nurses in New South Wales. Palliative Medicine. 9, 36-44
- Renneke, S. (2000): Information, Schulung und Beratung von Patienten und Angehörigen. Eine kommentierte Bibliographie deutschsprachiger Literatur für Pflegende. (KDA Thema, 152). Köln: KDA
- Richter, B. (1992): Vorteile bringt die Patientenschulung bei Asthmapatienten. Krankenpflegejournal 30, Nr. 7, 334-338
- Richtlinien zur Häuslichen Krankenpflege. Palliativmediziner: Ambulante Versorgung fast unmöglich. Ärzte Zeitung vom 26.07.2000, 6*
- Rief, W./Greitemeyer, M./Fichter, M.M. (1990): Die Symptom-Check-List SCL-90-R: Überprüfung an 900 psychosomatischen Patienten. Diagnostica 37, 58-65
- Rimer, B./Kdziera, P./Levy, M.H. (1992): The Role of Patient Education in Cancer Pain Control. Hospice Journal 8, Nr. 1-2, 171-191
- RKI/Robert-Koch-Institut (2000) Pressemitteilung des Robert-Koch-Instituts vom 22.06.2000*
- Rock, D.L./Fordyce, W./Brockway, E. (1984): Measuring functional impairment associated with pain: Psychometric analysis of an exploratory scoring protocol for activity pattern indicators. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation 65, 295-300
- Roenn, J. von/Cleeland, C.S./Gonin, R./Hatfield, A.K./Pandya, K.J. (1993): Physicians Attitudes and Practice in Cancer Pain Management. A Survey from the Eastern Cooperative Oncology Group. Annals of Internal Medicine 119, 121-126
- Roland, M./Morris, R. (1983): Study of natural history of low back pain. Spine 8, 145-150
- Roper, N./Logan, W.W./Tierny, A.J. (1987): Die Elemente der Krankenpflege Basel: Recom
- Rosenstiel, A.K./Keefe, F.J. (1983): The use of coping strategies in chronic low back pain patients: Relationship to patients characteristics and current adjustment. Pain 17, 33-44
- Ross, D.M./Ross, S.A. (1988): Childhood pain. Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Rothstein, D./Strumpf, M./Dertwinkel, R./Donner, B./Zenz, M. (1998): Befragung schmerztherapeutisch interessierter Ärzte zur Verschreibung starker Opioidanalgetika. Der Schmerz 12, Nr. 2, 125-129
- Roy, R./Michael, T. (1986): A survey of chronic pain in an elderly population. Canadian Family Physician 32, 513-516

- Rübeling, H. (1997): Psychologie in der Kinderkrankenpflege. Stuttgart. Berlin, Köln: Kohlhammer
- Rüller, H. (1998): Beratung von Klienten - ein Unterrichtsbeispiel zur Theorie-Praxis-Vernetzung. Unterricht Pflege 3, 9-13
- Ryan, P./Vortherms, R./Ward, S. (1994): Cancer pain: knowledge, attitudes of pharmacological management. Journal of Gerontology Nursing 20, 7-16
- Sabatowski, R./Radbruch, L./Loick, G./Nauck, F./Müller, M. (1999): Palliativmedizin 2000. Stationäre und ambulante Palliativ- und Hospizeinrichtungen in Deutschland. BAG Hospiz: Düren, DGSS: Köln, DGP: Bonn
- Saile, H./Dietrich, A. (1992): Familiäre und schmerzbezogene Merkmale aus der Sicht von chronischen Schmerzpatienten und deren Partnern. Psychosomatische Medizin und Psychologie 42, 273-278
- Saile, H./Schmitz, U. (1992): Chronische Schmerzen im Kontext von Partnerschaft und Familie. In: Geissner, E./Jungnitsch, G. (Hg.): Psychologie des Schmerzes. Weinheim: Psychologische Verlags Union, 159-170
- Salvage, J. (Hg.) (1993): Nursing in Action. Strengthening nursing and midwifery to support health for all (WHO Regional Publications, European Series 48). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe
- Samaroo, B. (1996): Assessing palliative care educational needs of physicians and nurses. Journal of Palliative Care 12, 20-22
- Sandgathe-Husebö, B. (2000): Palliativmedizin in der Geriatrie – Wie alte, schwerkranke Menschen leben und sterben. In: Husebö, S./Klaschik, E. (2000): Palliativmedizin. 2., erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 335-359
- Saunders, Cicely (1967): The management of terminal illness. London: Hospital Medicine Publication
- Schaeffer, D. (1995): Community Health Nursing. In: Jahrbuch für kritische Medizin 25. Berlin: Argument, 166-183
- Schaeffer, D. (1996): Innovationsprozesse in der ambulanten Pflege – Aids als Pilotprojekt. Pflege 9, Nr. 2, 140-149
- Schaeffer, D. (1998a): Innerprofessionelle Sicht der Kooperation in der ambulanten Versorgung – die Perspektive der Pflege. In: Garms-Homolová, V./Schaeffer, D. (Hg.): Medizin und Pflege. Berlin: Ullstein Mosby, 81-99
- Schaeffer, D. (1998b): Patientenaufklärung und -anleitung als Aufgabe zur Verbesserung der Pflegequalität - Projektantrag. Bielefeld: IPW
- Schaeffer, D. (1999). Care Management. Pflegewissenschaftliche Überlegungen. Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften 7, Nr. 3, 233-251
- Schaeffer, D./Moers, M. (1995): Ambulante Pflege von HIV- und Aids-Patienten. (WZB Discussion Paper P95-201). Berlin: Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung.
- Schaeffer, D./Moers, M. (2000). Bewältigung chronischer Krankheit - Herausforderungen für die Pflege. In: Rennen-Allhoff, B./Schaeffer, D. (Hg.): Handbuch Pflegewissenschaft. München: Juventa, 447-483
- Schaeffer, D./Moers, M./Rosenbrock, R. (Hg.) (1992): Aids-Krankenversorgung. Berlin: Sigma

- Schaeffer, D./Moers, M./Steppe, H./Meleis, A. (Hg.) (1997): *Pflegetheorien. Beispiele aus den USA*. Bern: Huber
- Schäffler, A./Menche, N. (1997): *Pflege Konkret. Innere Medizin. Lehrbuch und Atlas für die Pflegeberufe*. Ulm, Stuttgart, Jena, Lübeck: G. Fischer
- Schäffler, A./Menche, N./Bazlen, U./Kommerell, T. (Hg.) (1998): *Pflege heute. Lehrbuch und Atlas für Pflegeberufe*. 2. Auflage 1998. Stuttgart, Jena, Lübeck, Ulm: G. Fischer
- Scheidt, C.E./Bauer, J. (1995): Zur Psychotherapie somatoformer Schmerzstörungen im Alter. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, Nr. 5, 339-348
- Schele, H.-A. (1997): Tumorschmerz. In: Diener, H. C./Maier, C. (Hg.): *Das Schmerz-Therapie-Buch*. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg, 229-263
- Schermelleh-Engel, K. (1992): Die Bedeutung der Kompetenzeinschätzung für die Schmerzbewältigung. In: Geissner E./Jungitsch, G. (Hg.): *Psychologie des Schmerzes*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 33-145
- Schiebold, U. (1995): Inkontinenz ist kein unabänderliches Schicksal. *Pflegezeitschrift* 48, Nr. 8, 467-470
- Schindler, T./Woskanjan, S. (1999): Zu Hause sterben. Palliativmedizinischer Konsiliardienst für Berliner Hausärzte. *Berliner Ärzte*, Nr. 4, 26-27
- Schindler, T./Woskanjan, S. (2000): Erfahrungen des Palliativmedizinischen Konsiliardienstes. *Berliner Ärzte*, Nr. 1, 26
- Schindler, T./Woskanjan, S./Abholz, H.-H. (i.E.): *Palliativmedizin in der hausärztlichen Versorgung – Erste Ergebnisse des EU-Projekts "Palliativmedizinischer Konsiliardienst für Berliner Hausärzte"* (Teil 1). Manuskript
- Schmalenberg, D. (1991): Hausbetreuungsdienst an der Uniklinik Köln. *Pflegen ambulant* 2, Nr. 2, 33-34
- Schmidt, L.R./Dlugosch, G.E. (1997): Psychologische Grundlagen der Patientenschulung und Patientenberatung. In: Petermann, F. (Hg.): *Patientenschulung und Patientenberatung*. 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe, 23-51
- Schmitt, N. (1990): The Mainz Pain Staging System (MPSS) for chronic pain. *Pain (Suppl. 5)*, 484
- Schmitz, U./Nilges, P./Saile, H. (1992): Behinderungseinschätzung bei chronischen Schmerzpatienten (Manuskript)
- Schofferman, J. (1988): Pain: Diagnosis and management in palliative care of AIDS. *Journal of Palliative Care* 4, 46-49
- Scholz, O.B. (1989): Multimodale Schmerzmessung mit Hilfe des Pain Perception Profile "PPP" nach Tursky, 1976. DFG-Abschlußbericht (Az II B7 – Scho 372/1-1, 1-2, 1-3). Bonn
- Scholz, O.B. (1999): Schmerzmessung. In: Basler, H-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): *Psychologische Schmerz-Therapie*. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer 301-325
- Scholz, O.B./Curio, I. (1989): Multimodale Schmerzmessung mit Hilfe des Pain Perception Profile von Tursky bei Patienten mit progressiv-systemischer Sklerose. *Der Schmerz*. 3, 28-33

- Scholz, O.B./Gerber, W.-D. (1999): Klassifikation chronischer Schmerzen. In: Basler, H.-D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H. P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerz-Therapie. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 327-343
- Schröck, R./Drerup, E. (Hg.) (1998): Schmerz: Perspektiven der Pflegeforschung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Schülin, C./Seemann, H./Zimmermann, M. (1989): Erfahrungen mit der Anwendung von Schmerztagebüchern in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen. *Der Schmerz* 3, 133-139
- Schulmeister, L. (1991) Establishing a cancer patient education system for ambulatory patients. *Seminars in Oncology Nursing* 7, Nr. 2, 118-124.
- Schumacher, J./Brähler, E. (1999): Prävalenz von Schmerzen in der deutschen Bevölkerung. Ergebnisse repräsentativer Erhebungen mit dem Gießener Beschwerdebogen. *Der Schmerz* 13, Nr. 6, 375-384
- Schwartz, L./Salter, M.A./Birchler, G.R./Atkinson, J.H. (1991): Depression in spouses of chronic pain patients: the role of patient pain and anger, and marital satisfaction. *Pain* 44, 61-67
- Schwenkmezger, P./Hodapp, V./Spielberger, C.D. (1992) Das State-Trait-Ängerausdrucks-Inventar - STAXI. Bern: Huber
- Scott, J./Huskisson, E.C. (1974): Graphic representation of pain. *Pain* 2, 175-184
- Seel, M. (1993): Die Pflege des Menschen. 2. Auflage. Hagen: Kunz
- Seemann, H. (1987): Anamnese und Verlaufsprotokolle chronischer Schmerzen für die Praxis – ein Überblick. *Der Schmerz* 1, 3-12
- Seemann, H. (1993): Schmerzdokumentation. In: Zenz, M./Jurna, I. (Hg.): Lehrbuch der Schmerztherapie. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 63-76
- Seemann, H./Zimmermann, M. (1986): Pilotprojekt: Qualitätsbewertung und -verbesserung schmerztherapeutischer Maßnahmen sowie Schmerzdokumentation in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen. Schlußbericht an das BMFT
- Seemann, H./Zimmermann, M. (1990): Kybernetische Schmerzkonzepte – Eine Standortbestimmung. In: Basler, H.D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerztherapie. 1. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 23-59
- Seemann, H. /Zimmermann, M. (1999): Regulationsmodell des Schmerzes aus systemtheoretischer Sicht - Eine Standortbestimmung. In: Basler, H.D./Franz, C./Kröner-Herwig, B./Rehfish, H.P./Seemann, H. (Hg.): Psychologische Schmerztherapie. 4., korrigierte und erweiterte Auflage. Berlin, Heidelberg, New York: Springer, 25-58
- Seisler, U. (1991): Kurskorrektur - Seminar für pflegende Angehörige - Eine Arbeitshilfe. Neues Konzept nach dem Mißerfolg. *Forum Sozialstation* 15, Nr. 57, 26-28
- Seligman, M.E.P. (1992). Erlernte Hilflosigkeit. 4., um neue Konzepte und Anwendungen erweiterte Auflage. Weinheim: Psychologie-Verlags Union
- Sheidler, V.R./McGuire, D.B./Grossman, S.A./Glibert, M.R. (1992): Analgesic decision-making skills of nurses. *Oncology Nursing Forum* 19, 1531-1534

- Shum, C./Humphreys, A./Wheeler, D./Cochrane, A.-M./Skoda, S./Clement, S. (2000): Nurse management of patients in general practice. *British Medical Journal/BMJ* 320, 1038-1043
- Sieber, H./Weh, B. (1991): *Ganzheitliche Grund- und Behandlungspflege*. 2., überarbeitete und erweiterte Auflage. Hannover: Vincentz.
- Siedhoff, C. (i.E.): Das Patienten-Informations-Zentrum in Lippstadt. In: . Reibnitz, C. von/Schnabel, P.-E./Hurrelmann, K. (Hg.): *Der souveräne Patient*. München: Juventa.
- Siegrist, J./Broer, M./Junge, A. (1996): *Profil der Lebensqualität chronisch Kranker: PLC Manual*. Göttingen: Beltz
- Singer, E.J./Zorilla, C./Fahy-Chandon, B./Chi, S./Syndulko, K./Tourtellote, W.W. (1993): Painful symptoms reported for ambulatory HIV-infected men in a longitudinal Study. *Pain* 54, 15-19
- Skeel, R.T. (1998): Measurement of Outcomes in Supportive Oncology. Quality of Life. In: Berger, A./Portenoy, R.K./Weissman, D.E. (Hg.) (1998): *Principles and Practice of Supportive Oncology*. Philadelphia: Lippincott, 875-888
- Solomon, P.E./Prkachin, K.M./Farewell, V. (1997): Enhancing sensitivity to facial expression of pain. *Pain* 71, Nr. 3, 279-284
- Sommerfeldt, S./Gerstner, M./Metzmacher, K./Roos, K./Schwartz, R. (1992): Betreuung schwerkranker Tumorpatienten im „Verzahnungsbereich“ von stationärer und ambulanter Versorgung. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 45, Nr. 10, 699-704
- Sontag, S. (1980): *Krankheit als Metapher*. 2. Auflage. München: Hanser
- Sorge, J./Lüders, B./Werry, C./Pichlmayr, I. (1996): Die Versorgung von ambulanten Tumorpatienten mit Opioidanalgetika. *Der Schmerz* 10, Nr. 6, 283-291
- Sowinski, C./Köster, A. S. (1993): Fachliteratur zu den dreizehn AEDL-Bereichen. *Forum Sozialstation spezial: Professionelle Pflege braucht Fachliteratur – Sonderausgabe* Nr. 17, S7-S23, S26
- Spielberger, C.D. (1988): *State-Trait-Anger-Expression-Inventory (STAXI)*. Research Edition. Odessa: Psychological Assessment Resources
- Spielberger, C.D./Gorsuch, R.L./Lushene, P.E. (1970) *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press
- Sprangers, M.A.G./Aaronson, N.K. (1992): The role of health care providers and significant others in evaluating the quality of life of patients with chronic disease: a review. *Journal of Clinical Epidemiology* 45, 743-760
- Spross, J. (1990): Oncology Nursing Society position paper on cancer pain. *Oncology Nursing Forum* 17, 597-614
- Stanjek, K. (Hg.) (1998ff): *Altenpflege Konkret*. Lehrbuchreihe in drei Bänden. Stuttgart: G. Fischer
- Stein, C./Mendl, G. (1988): The German counterpart to McGill Pain Questionnaire. *Pain* 32, 251-255
- Steinhoff, R./Göttinger, B./Richter, S./Lückert, S./Mühlhauser, J. (1997): Asthma bronchiale bei Erwachsenen: Beispiel eines Schulungsprogramms. In: Lamparter-Lang, R. (Hg.): *Patientenschulung bei chronischen Erkrankungen*. Bern: Huber, 71-91
- Steininger, H. (1996): Wie weit wollen Patienten mit koronarer Herzkrankheit aufgeklärt werden? *Pflege* 9, Nr. 1, 32-39

- Sternbach, R.A. (Hg.) (1978): *The Psychology of Pain*. New York: Raven
- Sternbach, R.A. (1986): Survey on pain in the United States: the Nuprin pain report. *Clinical Journal of Pain* 2, Nr. 1, 49-53
- Stewart, B. (1994): Teaching culturally diverse populations. *Seminars in Perioperative Nursing* 3, Nr. 3, 160-167
- Strauss A.L./Glaser, B.G (1975): *Chronic Illness and Quality of Life*. St.Louis: Mosby.
- Strauss, A.L./Fagerhaugh, S./Suczek, S./Wiener, C. (1985): *Social Organization of Medical Work*. Chicago, London: University of Chicago Press
- Streit, B./Mazurkiewicz, M./Flor, H./Birbaumer, N. (1990): Auswirkungen chronischer Schmerzen auf den Partner. Entwicklung eines Fragebogens. *Zeitschrift für Rheumatologie* 49/Suppl. 1, 48
- Strumpf, M. (1993): Krebschmerz. In: Zenz, M./Jurna, I. (Hg.): *Lehrbuch der Schmerztherapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 427-437
- Strumpf, M./Zenz, M. (1989): Stufenplan bei chronischen Schmerzen. In: Dethlefsen, U. (Hg.): *Chronischer Schmerz – Therapiekonzepte*. Springer: Berlin, 34
- Strumpf, M.; Zenz, M. (1993). Stufenschema, Betäubungsmittelverordnung. In: Zenz, M./Jurna, I. (Hg.) *Lehrbuch der Schmerztherapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 281-290.
- Syrjala, K.L./Abrams, J. (1999): Cancer Pain. In: Gatchel, R.J./Turk, D.C. (Hg.): *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives*. New York, London: Guilford Press, 301-314
- Tait, R.C./Pollard, C.A./ Margolis, R.B./Duckro, P.N./Krause, S.J. (1987): The Pain Disability Index: Psychometric and validity data. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 68, 438-441
- Tait, R.C./Chibnall, J.T./Krause, S.J. (1990a): The Pain Disability Index: Psychometric properties. *Pain* 40, 171-182
- Tait, R.C. /Chibnall, J.T./Margolis, R.B. (1990b): Pain extent: Relations with psychological state, pain severity, pain history, and disability. *Pain* 41, 295-301
- Talabere, L.R. (1997): Auswirkungen eines Asthma Lernprogramms auf einzelne Aspekte des Gesundheitsverhaltens bei Schulkindern mit Asthma. In: Funk, S.G., Tornquist, E.M., Champagne, M.T., Wiese, R.A. (Hg.): *Die Pflege chronisch Kranker*. Bern: Huber, 367-378
- Tarlov, A.R./Ware, J.E./Greenfield, S./Nelson, E.C./Perrin, E./Zubkoff, M. (1983): The Medical Outcomes Study. An application of methods for monitoring results of medical care. *Journal of the American Medical Association/JAMA* 262, Nr. 7, 925-930
- Taylor, H./Curran, N.M. (1985): *The Nuprin-Pain Report*. New York: Harris & Associates
- Taylor, A.G./Lorentzen, L.J./Blank, M.B. (1990): Psychological Distress of chronic sufferers and their spouses. *Journal of Pain and Symptom Management* 5, 6
- Tennant, F.S./Rawson, R.A. (1982): Outpatient treatment of prescription opioid dependence. *Archives of Internal Medicine* 142, 1845-1847
- Teske, K./Daut, D.L./Cleeland, C.S. (1983): Relationship between nurses' observations and patients' self-reports of pain. *Pain* 16, 289-296

- Thomas, L. (1974): The Future Impact of Science and Technology on Medicine. *BioScience* 24, 99-105
- Thomason, T.E./McCune, J.S./Bernard, S.A./Winer, E.P./Tremont, S./Lindley, C.M. (1998): Cancer Pain Survey - the decisions and ethical conflicts of patients, family caregivers, and home care nurses. *Journal of Pain and Symptom Management* 15, Nr. 5, 275-284
- Thomm, M. (1999): Schmerzpatienten in der Pflege. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Thomm, M. (2000): Schmerzpatienten in der Pflege. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage. Stuttgart, Berlin, Köln: Kohlhammer
- Thomm, M./Meuser, T. (1994): Die Rolle des Pflegepersonals in der Schmerzambulanz. *Die Schwester/Der Pfleger* 33, 1016-1018
- Thompson, C.L./Richmond, M. (1990). Teaching home care for ventilator-dependent patients: a patients` perception. *Heart and Lung* 19, Nr. 1, 79-83
- Tripp-Reimer, T./Afifi, L.A. (1989):. Cross-cultural perspectives on patient teaching. *Nursing Clinics of North America* 24, Nr. 3, 613-619
- Turk, D.C./Rudy, T.E./Stieg, R.L. (1985): The disability determination dilemma: Toward a multiaxial solution. *Pain* 34, 217-229
- Tursky, B./Jamner, L.D./Friedmann, R. (1982): The pain perception profile : A psychosocial approach to the assessment of pain report. *Behavioral Therapy* 13, 376-394
- Twycross, R. (1990). Schmerzbehandlung bei Karzinompatienten. *Der Schmerz* 4, 65-74
- Uexküll, T. von/Wesiak, W. (1991): Theorie der Humanmedizin. Grundlagen ärztlichen Denkens und Handelns. 2., durchgesehene Auflage. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Vasudevan, S.V. (1992): Impairment, disability, and functional capacity assessment. In: Turk, D.C./Melzack, R. (Hg.) *Handbook of pain assessment*. New York: Guilford, 100
- Venning, P./Durie, A./Roland, M./Roberts, C./Leese, B. (2000): Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *British Medical Journal/BMJ* 320, 1048-1053
- Ventafridda, D.D./Tamborini, M./Caraceni, A./De Conno, F./Naldi, F. (1987): A validation study of the WHO guidelines of cancer pain relief. *Cancer* 59, 850-856
- Verhaak, P.F.M./Keersens, J.J./Dekker, J./Sorbi, M.J./Bensing, J.M. (1998): Prevalence of Chronic benign pain disorder among adults: a review of literature. *Pain* 77, Nr. 3, 231-239
- Vey-Hegemann, B./Zimmermann, M./Hankemeier, K./Basler, H.-D. (1994): Schmerztherapeuten-Verzeichnis 1994. Heidelberg: DGSS
- Vines, S.W./Cox, A./Nicoll, L./Garret, S. (1996). Effects of a Multimodal Pain Rehabilitation Program: A Pilot Study. *Rehabilitation Nursing* 21, 125-130
- Wahl, R. (1994): Worin besteht der Sinn des chronischen Schmerzes? – Ein kommunikationsbezogener Versuch Schmerzen zu erklären. In: Wahl, R./Hautzinger, M. (Hg.): *Psychotherapeutische Medizin bei chronischem Schmerz*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag, 12-22

- Wall, P.D. (1979): On the Relation of injury and pain. *Pain* 6, 253-264
- Ward, S.E./Goldberg, N./Miller-McCauley, V./Mueller, C./Nolan, A./Pawlik-Plank, D./Robbins, A./Stormoen, D./Weissman, D.E. (1993): Patient related barriers to management of cancer pain. *Pain* 52, 319-324
- Ware, J.E./Gandek, B. (1998): Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology* 51, Nr. 11, 903-912
- Ware, J.E./Snow, K.K./Kosinski, M./Gandek, B. (1993): Overview of the SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide. Boston: Nisural Press
- Warren, J.J. (1999): NANDA and Nursing Diagnosis: Past, Present, and a Vision of the Future. *PR-Internet*. 11, 268-274
- Wasilewski, R./Faßmann, H./Mattmüller, U./Vogel, G. (1995): Pflegeberatung zur Sicherung der Pflegequalität im häuslichen Bereich. Ergebnisse der Begleituntersuchung eines Modellprojekts der Techniker Krankenkasse zur Beratung von Schwerpflegebedürftigen und ihren Pflegepersonen. Nürnberg: Institut für empirische Soziologie
- Wegmann, H. (1997): Die professionelle Pflege des kranken Kindes. München, Wien, Baltimore: Urban & Schwarzenberg
- Weikunat, R./ Haisch, J./Kessler M. (Hg.) (1997): Public Health und Gesundheitspsychologie. Konzepte - Methoden - Prävention - Versorgung - Politik. Bern, Göttingen, Toronto - Seattle: Huber
- Weissmann, D.E. (1993): Doctors, Opioids, and the law: the effect of controlled substances regulation on cancer pain management. *Seminars in Oncology* 20, Nr. 1, Suppl. A, 53-58
- Weissman, D.E./Griffie, J. (1994): The palliative care consultation service of the Medical College of Wisconsin. *Journal of Pain and Symptom Management* 9, 474-479
- Weissman, D.E./Dahl, J.L./Beasley, J.W. (1993): The Cancer Pain Role Model Program of the Wisconsin Cancer Pain Initiative. *Journal of Pain and Symptom Management* 8, Nr. 1, 29-35
- Weissman, D.E./Dahl, J.L.(1995): Update on the Cancer Pain Role Model Education Program. *Journal of Pain and Symptom Management* 10, Nr. 4, 292-297
- Weissman, D./Griffie, J./Gordon, D.B./Dahl, J.L. (1997): A Role Model Program to Promote Institutional Changes in Management of Acute and Cancer Pain. *Journal of Pain and Symptom Management* 14, Nr. 5, 274-279
- Weissman, D. E/Griffie, J./Muchka, S./Matson, S. (2000): Building an Institutional Commitment to Pain Management in Long-Term Care Facilities. *Jornal of Pain and Symptom Management* 20, Nr. 1, 35-43
- Werbke, R.S. (1999): Der Beitrag der Pflege in der onkologischen Rehabilitation. *Pflege aktuell* 53, Nr. 12, 656-659
- Wessel, G. (1992): Wenn Frauen Pflegen. *Forum Sozialstation* 16, Nr. 61, 26-27
- Westhoff, G. (1993): Handbuch psychosozialer Meßinstrumente. Ein Kompendium für epidemiologische und klinische Forschung zu chronischer Krankheit. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

- WHO (1980): *International classification of impairments, disabilities and handicaps*. World Health Organization: Genf
- WHO (1986): *Cancer pain relief*. World Health Organization: Genf.
- WHO (1990): *Cancer pain relief and palliative care*. Report of a WHO Expert Committee (World Health Organization technical report series, 804) World Health Organization: Genf
- WHO (1996): *Cancer pain relief and palliative care: with a guide to opioid availability*. 2nd Edition. World Health Organization: Genf
- WHO (1997): *Nursing Education: from international consensus to local practice*. *Cancer Pain Relief* 10, Nr. 1 (Spring 1997)
- Wichmann, V. (Hg.) (1991): *Kinderkrankenpflege*. 3. überarbeitete und erweiterte Auflage Stuttgart, New York: Thieme
- Wiedemann, B./Funke, C. (1998): *Tumorschmerz*. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 92, Nr. 1, 23-28
- Wiedemann, R. (1994): *Die Hospizbewegung in Deutschland*. In: Student, C. (Hg.): *Das Hospiz-Buch*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. Freiburg im Breisgau: Lambertus, 31-42
- Wiedenbach, E. (1964): *Clinical Nursing: A helping art*. New York: Springer
- Willig, W./Erben, M./Pulvermüller, G. (1994): *Psychologie, Soziologie, Gesprächsführung in der Altenpflege*. Ein praxisorientiertes Lehrbuch mit Fallbesprechungen. (Reihe Unterrichtsmaterialien für soziale Berufe 3) 3. Auflage. Balingen: Selbstverlag
- Willweber-Strumpf, A./Zenz, M./Bartz, D. (2000): *Epidemiologie chronischer Schmerzen*. Eine Befragung in 5 Facharztpraxen in Bochum. *Der Schmerz* 14, Nr. 2, 84-91
- Wilz, G./Schumacher, J./Brähler, E. (1995): *Psychologische Schmerzdiagnostik und Schmerzbehandlung im Alter*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, Nr. 5, 312-317
- Wißmann, P. (1990): *Sozialarbeit in Sozialstationen*. Die selbstverständliche Ergänzung. *Forum Sozialstation* 14, Nr. 50, S. 58-60
- Wißmann, P. (1994): *Erfolgreiche Rehabilitation älterer Menschen*. Das Berliner Modell der Koordinierungsstellen. *Soziale Arbeit* 43, Nr. 12, 419-421
- Wörz, R./Lendle (1980): *Schmerz – Psychiatrische Aspekte und psychotherapeutische Behandlung*. Stuttgart: G. Fischer
- Wong, D.L./Baker, C.M. (1988): *Pain in children: comparison of assessment scales*. *Pediatric Nursing* 14, 9-17
- Wojnar, J./Bruder, J. (1995): *Schmerz und psychische Störungen im Alter*. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 28, Nr. 5, 369-373
- Wooley, C./Blackwell, B./Winget, C. (1978): *A learning theory model of chronic illness behavior*. Theory, treatment and research. *Psychosomatic Medicine* 40, 379-401
- Wünsche, H. (1998): *Pflegeeinsatz nach §37.3 Pflegeversicherung*. *Pflege aktuell* 52, Nr. 6, 346-349
- Wurmthaler, C./Hunger, G./Korb, J./Nilges, P./Gerbershagen, H.U. (1995): *Chronifizierung und psychologische Merkmale - Die Beziehung zwischen Chronifizierungsstadien bei Schmerzen und psychologischem Befinden, Beeinträchtigung und familialen Merkmalen*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* 4, Nr. 2, 113-136

- Zalon, M.L. (1994): Nurses' assessment of postoperative patients' pain. *Pain* 54, 329-334
- Zech, D. (1993): Hospizbewegung, Palliative Therapie, Symptomkontrolle. In: Zenz, M./Jurna, I. (Hg.): *Lehrbuch der Schmerztherapie*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, 439-447
- Zee, J. van der/Kramer, K./Derksen, A./Kerkstra, A./Stevens, F.C.J. (1994). Community nursing in Belgium, Germany and Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 20, Nr. 5, 791- 801
- Zenz, M./Jurna, I. (Hg.) (1993): *Lehrbuch der Schmerztherapie. Grundlagen, Theorie und Praxis für Aus- und Weiterbildung*. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Zenz, M./Willweber-Strumpf, A. (1993): Opiophobia and cancer pain in Europe. *Lancet*. 341, 1075-1076
- Zenz, M./Zenz, Th./Tryba, M./Strumpf, M. (1995): Severe undertreatment of cancer pain: a 3-year survey of the German situation. *Journal of Pain and Symptom Management* 10, Nr. 3, 187-191
- Zernikow, B./Grießinger, N./Fengler, R. (1998): *Praktische Schmerztherapie in der Kinderonkologie. Auszüge aus den Empfehlungen der Qualitätssicherungsgruppe der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie (GPOH)*. *Der Schmerz* 13, Nr. 3, 213-235
- Zerssen, D. von (1976a): *Die Beschwerden-Liste. Manual*. Weinheim: Beltz
- Zerssen, D. von (1976b): *Klinische Selbstbeurteilungsskalen. Die Paranoia-Depressivitätsskala*. Weinheim: Beltz
- Zerssen, D. von (1981): *Körperliche und Allgemeinbeschwerden als Ausdruck seelischer Gestörtheit*. *Therapiewoche* 31, 865-876
- Zhukovsky, D.S./Gorowski, E./Hausdorff, J./Napolitano, B./Lesser, M. (1995): Unmet analgesic needs in cancer patients. *Journal of Pain and Symptom Management* 10, Nr. 2, 113-119
- Zimborski, J. (1992): Verbesserung der Versorgung alter, kranker und pflegebedürftiger Menschen. *Deutsche Krankenpflegezeitschrift* 45, Nr. 10, 692-695
- Zimmermann, M. (1994): Epidemiologie des Schmerzes. *Internist* 35, 2-7
- Zimmermann, M./Seemann, H. (1986): *Der Schmerz – ein vernachlässigtes Gebiet der Medizin?* Berlin, Heidelberg, New York: Springer
- Zung, W.K. (1965): A self rating depression scale. *Archives of General Psychiatry* 12, 63-79
- Zung, W.K. (1972): The Depression Status Inventory: an adjunct to the Self-Rating Depression Scale. *Journal of Clinical Psychology* 28, 539-543
- Zung, W.K. (1986): The Zung Self-Rating Depression Scale Depression Status Inventory. In: Sartorius, N./Ban, T. (Hg.): *Assessment of Depression*. Berlin: Springer, 221-231
- Zweifel, P. (1990): Aging: The great Challenge to Health Care Reform. *European Economic Review* 34, 646-658

Anhang

Verfahren des Schmerzassessments als Grundlage der Diagnostik und Verlaufskontrolle in der Schmerztherapie

Die Entwicklung effektiver Strategien des Schmerzmanagements setzt bei chronischen Schmerzzuständen ein eingehendes Assessment und Monitoring voraus. Neben der Abklärung somatischer Ursachen sehen auch Larson et al. (1994) aus pflegewissenschaftlicher Perspektive für die Entwicklung adäquater Interventionen des Symptommanagements die Berücksichtigung soziopsychosomatischer Bedingungskonstellationen als grundlegend an. Mittels biomedizinischer Diagnoseverfahren sind mit Blick auf das Schmerzerleben allenfalls vegetative Komponenten des Schmerzgeschehens und motorische Störungen nachweisbar (Göbel 1994, 96). Ergänzend zu den Standardverfahren der medizinischen Diagnostik finden daher in der interdisziplinär ausgerichteten, speziellen Schmerztherapie psychosoziale Messinstrumente zur Abklärung unterschiedlicher Dimensionen des Schmerzgeschehens Anwendung. Auf die zumeist von der Psychologie entwickelten Instrumente wird auch in der angloamerikanischen Pflegeforschung und -praxis zurückgegriffen (als Übersicht vgl. z.B. French 1997).

Angesichts der subjektiven Erlebnisqualität des Phänomens Schmerz wird im Rahmen der Diagnostik und Verlaufskontrolle in der speziellen Schmerztherapie vorzugsweise auf Verfahren der „subjektiven Selbsteinschätzung“ zurückgegriffen. Die Bedeutung, die diesem Ansatz beizumessen ist, unterstreichen Ergebnisse vergleichender Studien zur Selbst- und Fremdeinschätzung des Schmerzerlebens. Sie lassen durchweg nur einen sehr begrenzten Übereinstimmungsgrad zwischen den Schmerzangaben der Betroffenen und der (Fremd-)Einschätzung durch Dritte, seien es Angehörige oder an der Betreuung beteiligte professionelle Akteure, erkennen. Von den Angehörigen der Gesundheitsprofessionen werden offenbar – unabhängig von der jeweiligen Profession – vor allem schwere Schmerzzustände unterschätzt (vgl. z.B. Teske et al. 1983, Hodgkins et al. 1985, Grossman et al. 1991, Zalon 1994). Harrison (1991) gibt zudem zu bedenken, dass selbst die Einschätzung des Schmerzerlebens auf der Grundlage von Patientenangaben stets eine subjektive Färbung durch die professionellen Akteure erhält.

Auch wenn Schmerz nach naturwissenschaftlich-technischen Prinzipien nicht „objektiv“ messbar ist, besteht unter Schmerzexpertinnen und -experten dahingehend Übereinkunft, dass in der Schmerztherapie jeweils ein Eingangsassessment und eine kontinuierliche Verlaufsdokumentation zur Überprüfung der Wirksamkeit von Interventionen der Schmerzlinderung und -kontrolle unter Rückgriff auf erprobte, standardisierte Instrumente erfolgen sollte. Die Arbeitsgruppe „Qualitätsprüfung und Qualitätssicherung in der psychologischen Diagnostik chronischen Schmerzes“ der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) empfiehlt bei chronischen Schmerzen neben der Erfassung von grundlegenden (sozial-)anamnestischen Fragen, die standardisierte Ermittlung der Intensität und von qualitativen Aspekten des Schmerzlebens, der Schmerzverarbeitung und -bewältigung, schmerzassoziierter Behinderung und Befindensbeeinträchtigungen. Ergänzend wird zumindest zeitweise das Führen eines Schmerztagebuches zur Verlaufsbeobachtung und Therapieevaluation empfohlen (Kröner-Herwig et

al. 1996, 50). Ferner wird auch in der speziellen Schmerztherapie die Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (Bullinger 1997a, 2000) als zentraler Indikator der Ergebnisqualität therapeutischer Interventionen betrachtet.

Das Gremium führte eine systematische Bewertung vorliegender psychosozialer Messinstrumente zur Erfassung dieser Aspekte nach den Kriterien der Anwendungsobjektivität, Reliabilität, Validität, klinischen Relevanz, Ökonomie und empirischen Fundierung durch (Kröner-Herwig 1995). Im Folgenden werden die für die Standarddiagnostik empfohlenen Instrumente in den Grundzügen beschrieben. Vorauszuschicken ist, dass es sich zumeist um standardisierte Befragungsinstrumente für erwachsene (Schmerz-)Patientinnen und Patienten handelt. Für einzelne Verfahren liegen ergänzende Versionen zur Fremdeinschätzung vor.⁶²

A1 Dimensionen des Schmerzerlebens: Schmerzintensität und -qualität

Als zentrale Dimensionen des Schmerzerlebens gelten die Schmerzintensität und -qualität. Das zur Ermittlung und Verlaufskontrolle des Schmerzgeschehens gebräuchlichste Verfahren bilden Globalitems zur Messung der subjektiv empfundenen Schmerzstärke. Sie sind Teil einer Vielzahl von Assessmentinstrumenten und Dokumentationshilfen, die in der Schmerztherapie Anwendung finden. Mehrdimensionale Befragungsinstrumente zum Schmerzerleben versuchen anhand von Adjektivlisten (sog. Adjektivdeskriptoren) unterschiedliche Komponenten der sensorischen und affektiven Schmerzempfindung zu ermitteln, die zugleich Hinweise auf die Schmerzart bzw. dem Schmerz zugrunde liegende pathophysiologische Aspekte geben können (z.B. stechende, einschließende Schmerzsensationen bei neuropathischem Schmerz, vgl. a. Punkt 3.2.1, Tabelle 3).

A1.1 Eindimensionale Instrumente zur Messung der Schmerzintensität

Die in Forschung und Therapie vielfach eingesetzten eindimensionalen Instrumente der „Schmerzmessung“ wurden nach der Recherche von Westhoff (1993, 881) Mitte der siebziger Jahre in systematisierter Form in die Literatur eingeführt (Scott/Huskisson 1974). Sie dienen der differenzierten Erfassung der Schmerzintensität, bezogen auf einen je nach Problemlage bzw. Fragestellung definierten Zeitpunkt (z.B. aktuelle Schmerzempfindung, Schmerzspitzen in einem bestimmten Zeitraum, sog. „Restschmerz“ seit Therapiebeginn). Mit Blick auf die graphische Gestaltung der Instrumente und ihre Skalierung können drei Typen von Instrumenten zur Messung der Schmerzintensität unterschieden werden:

- Visuelle Analog-Skalen (VAS) und sog. Dolormeter,
- Numerische Rating Skalen (NRS) und
- Verbale Ratingskalen (VRS).

⁶² Eine detaillierte Übersicht mit weiterführenden Literaturhinweisen findet sich in Westhoff (1993) und in den als Artikelserie der in der Zeitschrift „Der Schmerz“ veröffentlichten Ergebnissen des Reviewverfahrens der DGSS-Arbeitsgruppe (s. Kröner-Herwig 1995, Redegeld et al. 1995, Glier 1995, Nilges et al. 1995, Denecke et al. 1995, Kröner-Herwig et al. 1996, Denecke et al. 1997), der die Darstellung im Ansatz folgt.

Visuelle Analogskalen (VAS) bestehen aus einer vertikalen oder horizontalen 10 cm langen Linie mit den Polen „kein Schmerz“ (0) und „schlimmster/stärkster/maximal vorstellbarer Schmerz“ (10 oder 100). Die Betroffenen werden gebeten, zwischen diesen beiden Polen einen Punkt auf der vorgegebenen Linie zu markieren, der ihrer Schmerzerfahrung am nächsten kommt. Der Abstand in Millimetern zwischen dem Nullpunkt (kein Schmerz) und dem markierten Punkt wird als Maß der Schmerzintensität interpretiert.

Eine speziell auf die Ermittlung der Entwicklung der Schmerzintensität im Therapieverlauf zugeschnittene Variante der VAS ist die Schmerzreduktionskala („Pain Relief Index“/PRI). Zur Bestimmung des sog. „Restschmerzes“ werden die Betroffenen gebeten, anhand der 10 cm langen Linie mit den Polen „keine Schmerzreduktion“ und „vollständig schmerzfrei“ als Prozentangabe die jeweilige, zumeist aktuelle Schmerzintensität im Vergleich zur Schmerzintensität vor dem Beginn der Therapie anzugeben (Radbruch/Zech 1997, 438, DeConno et al. 1994).

Als Beispiel für eine, bezogen auf die graphische Gestaltung modifizierte Version der VAS sei hier auf das nach dem Rechenschieberprinzip funktionierende **Dolormeter** von Gablenz et al. (1989a,b) verwiesen. Es besteht aus einer beweglichen, keilförmigen roten Fläche. Auf der rechten Seite befindet sich die Verjüngung des Keils, die mit einem fröhlichen Gesicht („kein Schmerz“) illustriert ist, die linke, breite Seite des Keils ist mit einem traurigen Gesicht und der Beschriftung „sehr starker Schmerz“ markiert. Der Keil soll entsprechend der empfundenen Schmerzintensität eingestellt werden. Auf der Rückseite des Dolormeters findet sich eine analoge, in Zentimetern oder Millimetern unterteilte Skalierung, anhand derer der Referenzwert der Schmerzintensität abgelesen wird. Nach den vorliegenden Anwendungserfahrungen hat sich der Einsatz des Dolormeters besonders bei Kindern und Erwachsenen mit sprachlichen Verständigungsschwierigkeiten bewährt (Gablenz et al. 1989b, 81f, vgl. a. Westhoff 1993, 224f).

Numerische Rating Skalen (NRS) bestehen wie die Visuellen Analog Skalen aus einer 10 cm lange Linie mit den Polen „0“ (kein Schmerz) und „10“ bzw. „100“ (stärkster vorstellbarer Schmerz), die im Unterschied zur VAS jedoch in gleichen Abständen nach Zehnteln oder Hundertsteln unterteilt und entsprechend nummeriert ist. Die Betroffene werden gebeten, die „Schmerzstärke“ anhand der Skalenwerte anzugeben.

Verbale Ratingskalen (VRS) messen die Schmerzstärke über Adjektive, denen ein Zahlenwert zugeordnet ist. Es handelt sich hierbei zumeist um sog. Ordinalskalen, von denen bezüglich der jeweiligen Adjektivdeskriptoren und der Intensitätsabstufung unterschiedliche Varianten vorliegen. Die Betroffenen werden gebeten, von den vorgegebenen Adjektiven dasjenige auszuwählen, das der von ihnen empfundenen Schmerzintensität am nächsten kommt, bzw. ihre Schmerzen am ehesten repräsentiert. Die Adjektive sind hierarchisch aufsteigenden Zahlenwerten zugeordnet (z.B. „kein Schmerz“ = 0 bis „unerträglicher Schmerz“ = 5). Eine andere Variante der VRS sind die sog. „verbalmarkierten Kategorialskalen“, wie die Pain Intensity Scale von Brattberg et al. (1988, vgl. a. Westhoff 1993, 647f). Sie beinhalten eine Auswahl von Schmerzdeskriptoren, die sich auf die Intensität oder den Schmerzcharakter beziehen.

Für Kinder im Alter ab drei Jahren wurden spezielle **Gesichts- und Farbskalen** zur Schmerzeinschätzung entwickelt (s.a. Pothmann 1999, 347f). Nach den Angaben von Radbruch und Zech (1997, 442) bevorzugen Kinder zumeist die Gesichtsskala (sog. Smiley-Skala), die eine fünfstufige Einschätzung der Schmerzintensität anhand der jeweiligen Mimiksymbole ermöglicht, die von einem glücklichen Gesichtsausdruck („keine Schmerzen“) bis zu einem traurigen, weinenden Gesicht reicht, das für sehr starke Schmerzen steht (s.a. McGrath et al. 1985).⁶³ Auf sie wird teilweise auch zur Schmerzmessung bei Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter mit getrübttem Bewusstseinszustand zurückgegriffen, so bei Schwerstkranken in der Palliativversorgung oder bei Menschen mit dementiellen Erkrankungen in der Geriatrie oder Gerontopsychiatrie.

Durch die Kürze des Verfahrens, die einfache Handhabung und ihre Plausibilität ist die Anwendung eindimensionaler Schmerzskaalen relativ unaufwendig. Sie werden daher zumeist als Basisinstrument der Verlaufskontrolle eingesetzt. Geissner et al. (1992, 82) verweisen darauf, dass die Verständlichkeit der Numerischen Ratingskala allgemein besser sei als die verbaler Ratingskaalen oder visueller Analogskaalen. Auch Karoly und Jensen (1987) empfehlen prioritär den Einsatz von NRS-Skaalen. Nach Untersuchungen von Herr und Mobily (1993) ist die Fehlerrate bei der Messung der Schmerzintensität letztlich von der Qualität der Anleitung und einer bedarfs- bzw. adressatengerechten Auswahl abhängig. Insgesamt haben sich VAS, NRS und VRS als vergleichsweise valide, reliabel und veränderungssensitive Verfahren zur Ermittlung der subjektiven Schmerzempfindung bewährt. Die Einfachheit dieser Verfahren ist jedoch zugleich ihr Nachteil. Sie erlauben naturgemäß nur eine globale Einschätzung der Schmerzintensität (Geissner et al. 1992, 82f, Westhoff 1993, 882ff).

A1.2 Instrumente zur Ermittlung qualitativer Aspekte der Schmerzempfindung

Als Verfahren der Wahl zur Ermittlung qualitativer Dimensionen des Schmerzerlebens empfehlen Redegeld et al. (1995) die **Schmerzempfindungsskala (SES)** von Geissner et al (1992, 85ff, Geissner 1996), die eine relativ differenzierte Erfassung affektiver und sensorischer Komponenten des Schmerzerlebens erlaubt. Sie wurde „in Orientierung“ an dem von Melzack (1975, 1987) entwickelten und im angloamerikanischen Raum relativ breite Anwendung findenden „McGill Pain Questionnaire“ (MPQ) konzipiert.⁶⁴

Bei der SES handelt sich um ein vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung, das über 24 Schmerzdeskriptoren affektive und sensorische Aspekte des Schmerzempfindens ermittelt. Den Bezugsrahmen für die Beantwortung der als Selbstaussagen formulierten Items bildet bei Patientinnen und

⁶³ Bei der Farbskala werden von den Kindern sechs Farben anhand von Farbkarten oder Stiften in einer Reihenfolge angeordnet, die von einer Farbe reicht, die für „keinen Schmerz“ stehen soll, bis zu einer Farbe, die für „stärkste Schmerzen“ steht, daran anschließend soll die Farbe ausgewählt werden, die der Schmerzintensität entspricht (Wong/Baker 1988, zit. n. Radbruch/Zech 1997, 442).

⁶⁴ Hintergrund der Entwicklung eines eigenständigen Instrumentes war, dass der MPQ im Rahmen der Entwicklungsbemühungen einer deutschsprachigen Version nur unbefriedigende psychometrische Eigenschaften aufwies und sich auch die Faktorenstruktur nicht replizieren ließ (Kiss et al. 1987, Radvila et al. 1987, Stein/Mendl 1988, Westhoff 1993, 574ff).

Patienten mit chronischen Schmerzen der "typische Schmerz in der letzten Zeit" oder „innerhalb der letzten drei Monate“. Die Betroffenen werden gebeten, anhand einer 4-Punkte-Skala von „4“ (trifft genau zu) bis „1“ (trifft nicht zu) anzugeben, inwieweit die jeweiligen Aussagen zutreffen. Die SES gilt als reliables und valides Instrument, das es erlaubt, das subjektive Schmerzempfinden ökonomisch und zugleich differenziert zu erfassen. Sie hat sich in der Einzelfalldiagnostik und in epidemiologischen Studien zur Ermittlung des Schmerzerlebens bei unterschiedlichen Schmerzsyndromen bewährt (Westhoff 1993, 769) und ist Bestandteil des Fragebogens zur Schmerzanalyse der DGSS (Hankemeier et al. 2001a, 3). Neben dem „McGill Pain Questionnaire/MPQ“ (Melzack 1975, Melzack 1987), dessen Übertragung auf den deutschsprachigen Raum sich jedoch nicht bewährt hat (Geissner et al. 1992), führt Westhoff (1993, 770) die folgenden Instrumente auf, die ebenfalls auf die Ermittlung sensorischer und affektiver Dimensionen der Schmerzempfindung rekurren:

- die **Hamburger Schmerz-Adjektiv-Liste/HSAL** von Hoppe (1991 vgl. a. Westhoff 1993, 181ff, Redegeld et al. 1995, 152, Seemann 1993, 69f);
- die **Descriptor Differential Scale/DDS** von Gracely und Kwilosz (1988, vgl. a. Westhoff 1993, 211ff);
- die **Revidierte Mehrdimensionale Schmerzskala/RMSS** von Lehl et al. (1980, vgl. a. Ciske 1983, Brenig et al. 1989, Westhoff 1993, 706ff).

A1.3 Ermittlung verhaltensbezogener Aspekte des Schmerzerlebens

Ein weiterer Ansatz zur Erfassung des Schmerzerlebens sind spezielle verhaltensbezogene Beobachtungsverfahren. Aus behavioristischer Perspektive definierte Fordyce (1978) „Schmerzverhalten“ als objektiv beobachtbare Anzeichen der Schmerzerfahrung. Sie umfassen verbale und paraverbale Schmerzäußerungen, Körperhaltung und Gestik, Anzeichen für schmerzassoziierte Behinderung oder Beeinträchtigung und gezielte schmerzbezogene Verhaltensstrategien. Eine hierauf bezogene, systematische Verhaltensbeobachtung kann Anhaltspunkte über das Ausmaß des Schmerzerlebens und über Implikationen des Schmerzverhaltens im Chronifizierungsprozess bieten. Zu den Methoden, die zur systematischen Ermittlung des Schmerzverhaltens entwickelt wurden, gehören auf Videoaufnahmen gestützte Analysen von Zeitstichproben diskreter Verhaltensweisen, Mimikanalysen und Verhaltenschecklisten sowie die der Ermittlung des Aktivitätsniveaus dienenden Aktivitätstagebücher und technikgestützte Aktivitätsmesser (Flor/Heimerdinger 1992, 99f). Die Ermittlung von Informationen zum Schmerzerleben über nonverbale Verhaltensäußerungen hat besonders bei der Behandlung von (Klein-)Kindern einen hohen Stellenwert (Ross/Ross 1988, Pothmann 1999, 346f). Auf Beobachtungsverfahren wird auch im Bereich der Palliativversorgung und bei Menschen, die infolge dementieller Veränderungen in ihrer Kommunikationsfähigkeit eingeschränkt sind, zurückgegriffen.

Ein im deutschsprachigen Raum erprobtes Instrument ist der **Tübinger Bogen zur Erfassung von Schmerzverhalten (TBS)**. Er wurde „in Orientierung“ an Vorbilder aus dem englischsprachigen Raum entwickelt. Der TBS bezieht sich im Unterschied zu Verfahren wie der „Observation Method for Assessing Pain Behavior“ von Keefe und Block (1982) oder der „Pain Behavior Checklist“ von Kerns et al. (1991) auf Verhaltensaspekte, die der

Beobachtung auch unmittelbar zugänglich sind. Erfasst werden insgesamt elf schmerzbezogene Verhaltenskategorien, die wie folgt umschrieben werden:

- (1) *Humpeln*: ungleichmäßiger, holpriger Gang;
- (2) *Stöhnen*: tiefes Einatmen und anschließendes stoßartiges Ausatmen in Verbindung mit einem Laut;
- (3) *Gesicht verziehen*: schmerzliche Veränderung der Mimik;
- (4) *Verkrampfte, starre Haltung*: Fehlen von fließenden Veränderungen in Mimik und/oder Gestik und/oder im Bewegungsablauf;
- (5) *Befühlen der schmerzenden Stelle*: gezieltes Anfassen des schmerzenden Bereiches für mehr als 2 Sekunden;
- (6) *Häufiges Wechseln der Haltung*: Gewichtsverlagerungen, Hin- und Herrutschen, Veränderung der Position von Kopf, Armen, Beinen ohne äußere Notwendigkeit;
- (7) *Verlangsamte Bewegungen*: auffallende Verlangsamung beim Durchführen bestimmter Bewegungen oder im Bewegungsablauf;
- (8) *Klagen über Schmerzen*: (para-)verbale Schmerzäußerungen, auch „au“ o.ä.;
- (9) *Verweigern von Aktivität wegen Schmerzen*: Weigerungen, bestimmte Bewegungen auch nur ansatzweise auszuführen;
- (10) *Weinen* und
- (11) *Schonen*: übervorsichtiges oder nur unvollständiges Ausführen von Bewegungen (Flor/Heimerdinger 1992, 103).

Anhand von drei vorgegebenen Kategorien („nie“, „manchmal“, „fast immer“) wird protokolliert, wie häufig die Betroffenen die genannten Verhaltensweisen aufweisen. Ermittelt wird eine Gesamtsequenz bezogen auf die Häufigkeitskategorien. Für das Beobachtungsinstrument wurden gute psychometrische Eigenschaften nachgewiesen. Ferner erwies sich der TBS als ein in unterschiedlichen Settings vergleichsweise einfach zu handhabendes Instrument (vgl. a. Westhoff 1993, 862ff).

A2 Kognitive Schmerzverarbeitung und Schmerzbewältigung

Analog zu biopsychosozialen Gesundheitskonzepten werden in neueren Schmerzkonzepten die kognitive Schmerzverarbeitung und die konkreten, schmerzbezogenen Bewältigungsstrategien als zentrale Faktoren des Schmerzgeschehens betrachtet. Im transaktionalen Stresskonzept von Lazarus und Launier (1981) wird kognitiven Prozessen eine Mediatorfunktion in belastungsrelevanten Person-Umweltbeziehungen für die Situationsbewältigung zugeschrieben. Übertragen auf chronische Schmerzen ist demnach die individuelle Bewertung des Schmerzes (Kausalattributionen) und die Einschätzung der eigenen Handlungsfähigkeiten im Sinne der Kompetenzeinschätzung (Kontrollattributionen) für die Schmerzbewältigung bedeutsam. Schmerzkognitionen und Schmerzbewältigungsstrategien gelten daher auch als zentrale Prädiktoren der individuellen Beeinträchtigung durch Schmerz (Glier 1995, 207). Die Korrektur der Ursachenzuschreibung und die Stärkung der Kontrollattribution kann u.U. entscheidend für den Therapieerfolg bei chronischen Schmerzzuständen sein. Ihre Ermittlung ist daher grundlegend für eine gezielte Therapieplanung und den Behandlungserfolg.

Für die Standarddiagnostik empfehlen Kröner-Herwig et al. (1996) den Rückgriff auf ein multidimensional angelegtes Instrument. Der von ihnen präferierte **Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV)** von Geissner und Würtele (1992) ermöglicht die Ermittlung von Schmerzbewältigungsformen sowie von schmerzbedingten, psychischen Belastungen und Beeinträchtigungen im Sinne der Statusdiagnose von Bewältigungspotentialen und psychischer Beeinträchtigung.⁶⁵ Der Fragebogen umfaßt 57 als Selbstaussagen formulierte Items, die hinsichtlich Belastungsgrad und Bewältigungsverhalten auf einer 6-Punkte-Skala von „6“ (stimmt vollkommen) bis „1“ (stimmt überhaupt nicht) zu beantworten sind. Sie sind jeweils drei (Sub-)Skalen umfassenden Hauptkomponenten zugeordnet. Zwei Fragebogenteile (A und B) beziehen sich auf Aspekte der Schmerzbewältigung und ein Fragebogenteil (C) auf die schmerzbezogene, emotionale Belastung:

- Teil A: *Schmerzbewältigung* mit den (Subs-)Skalen kognitive Umstrukturierung, Handlungsplanung und Kompetenzerleben;
- Teil B: *Schmerzbewältigung* mit den (Subs-)Skalen mentale Ablenkung, gegengesteuerte Aktivitäten und Ruhe/Entspannung sowie
- Teil C: *emotionale Belastungen durch chronische Schmerzen* mit den (Sub-)Skalen Angst, Hilflosigkeit und Ärger.

Das Erhebungsinstrument gilt in der psychologischen Forschung als valides und differenziertes Verfahren zur Ermittlung zentraler Aspekte der schmerzbezogenen Bewältigung und Belastung. Als vergleichbare Instrumente führt Westhoff (1993, 283) die folgenden Erhebungsinstrumente auf:

- der **Fragebogen zum Schmerzverhalten/FSV** von Klages (1989 a, b, vgl. a. Westhoff 1993, 352ff);
- das **Chronic Pain Experience Instrument/CPEI** von Davis (1989, vgl. a. Westhoff 1993, 191f);
- der **Coping Strategies Questionnaire/CSQ** von Rosenstiel und Keefe (1983, vgl. a. Westhoff 1993, 196ff);
- das **Kieler Schmerzinventar/KSI** von Hasenbring (1994, vgl. a. Westhoff 1993, 494ff);
- der **Fragebogen zum Schmerzverhalten** von Hoppe (1985, vgl. a. Westhoff 1993, 326f);
- der **Survey of Pain Attitudes/SOPA** von Jensen et al. (1987, vgl. a. Jensen/Karoly 1989, Westhoff 1993, 815ff);
- der **Fragebogen zur Schmerzregulation/FSR** von Schermelleh-Engel (1992, vgl. a. Westhoff 1993, 346ff);
- der **Vanderbilt Pain Management Inventory/VPMI** von Brown und Nicassio (1987, vgl. a. Karoly/Jensen 1987, Stein/Mendl 1988, Westhoff 1993, 886f).

⁶⁵ Dem FESV liegt die Betrachtung des Schmerzgeschehens als dynamischer Prozess zugrunde (s.a. Geissner 1992) und entspricht vom Ansatz her den Grundüberlegungen von Rosenstiel und Keefe (1983) zur dimensional Analyse der Schmerzbewältigung. Es geht konzeptionell und in seiner empirischen Fundierung jedoch darüberhinaus. Das Instrument basiert auf einer mehrjährigen Entwicklungsarbeit. In einer eingehenden, qualitativen Vorstudie wurden zunächst spontane Patientenäußerungen über die von ihnen ohne Instruktion praktizierten Bewältigungs- und Kontrollstrategien ermittelt (Geissner/Würtele 1990, 2).

A3 Schmerzassoziierte Beeinträchtigung und Behinderung

Nach Definition der WHO (1980) werden Krankheits- und Verletzungsfolgen durch die Begriffe Schädigung („impairment“), Behinderung („disability“) und soziale Benachteiligung („handicap“) umschrieben. Der Begriff der Schädigung bezieht sich auf Einschränkungen auf der Ebene physikalischer Körperfunktionen im Sinne der Abweichung von biomedizinischen Bezugsnormen. Unter dem Begriff der Behinderung werden fehlende oder eingeschränkte Fähigkeiten zur Ausübung funktionaler Verhaltensweisen und Aktivitäten gefasst, während sich Benachteiligung auf die infolge von Schädigung und Behinderung auftretende Einschränkungen in der Erfüllung sozialer Rollenaktivitäten bezieht. Nilges et al. (1995) verweisen darauf, dass in der Diagnostik chronisch Schmerzkranker die Tatsache, dass zwischen Schädigung, Schmerz und Behinderung keine direkte kausale Beziehung nachweisbar ist, erst allmählich Berücksichtigung findet. Insbesondere bei Begutachtungsverfahren der Arbeitsfähigkeit werde oftmals implizit ein einfacher Zusammenhang von objektiv messbaren pathologischen Veränderungen und dem Grad „objektiver“ Behinderung unterstellt. Weder die Schmerzintensität, noch biomedizinisch nachweisbare somatische Faktoren können jedoch den schmerzbedingten Behinderungsgrad zuverlässig erklären (vgl. a. Turk et al. 1985, Vasudevan 1992, Deck/Raspe 1992). Entsprechend ist neben der Schmerzintensität die subjektiv empfundene Behinderung als eigenständiger Faktor in die Einschätzung des Schweregrades chronischer Schmerzen einzubeziehen.

Zur Ermittlung schmerzbedingter Beeinträchtigung und Behinderung empfehlen Nilges et al. (1995) für die Standarddiagnostik bei chronischen Schmerzen den **Pain Disability Index (PDI)** von Pollard (1984) und Tait et al. (1987, 1990a) in der deutschsprachigen Version von Schmitz et al. (1992). Es handelt es sich um ein vollstandardisiertes Verfahren zur Ermittlung des Ausmaßes schmerzbedingter Behinderung auf der Grundlage der subjektiven Selbsteinschätzung durch die Patientinnen und Patienten. Behinderung wird von Pollard (1984) als das Ausmaß, in dem chronische Schmerzen die Betroffenen an der Ausübung unterschiedlicher Lebensaktivitäten beeinträchtigen, definiert (zit. n. Westhoff 1993, 427). Der PDI erfasst über sieben Golbalitems das Aktivitätsniveau bzw. schmerzbedingte Einschränkungen in den folgenden Lebensbereichen:

- (1) familiäre und häusliche Verpflichtungen,
- (2) Erholungs- und Freizeitaktivitäten,
- (3) soziale Aktivitäten,
- (4) Berufsleben,
- (5) Sexualleben,
- (6) Selbstversorgung bzw. Selbstständigkeit in der Alltagsbewältigung und
- (7) lebensnotwendige Aktivitäten.

Die Betroffenen werden gebeten, anhand einer numerischen Ratingskala mit den Endpolen „0“ (überhaupt keine Behinderung/Beeinträchtigung) und „10“ (völlige Beeinträchtigung/Behinderung) anzugeben, in welchem Ausmaß die Schmerzen sie an der Ausführung der dem jeweiligen Lebensbereich zugeordneten Aktivitäten insgesamt beeinträchtigen bzw. hindern. Das Instrument, von dem auch eine modifizierte Version zur Fremdeinschätzung vorliegt, gilt als relativ zeitökonomisches Verfahren für

eine globale Einschätzung des Ausmaßes schmerzbedingter Behinderung (vgl. a. Saile/Schmitz 1992). Die Reliabilität und Validität des Instruments wurde sowohl für die englische Originalversion (Tait et al. 1987, 1990a) als auch für die deutsche Fassung nachgewiesen (Schmitz et al. 1992). Neuere Analysen zur Faktorenstruktur sprechen für die Interpretation des Skalensummenwertes als Globalmaß der schmerzbedingten Behinderung (vgl. Tait et al. 1990a, Schmitz et al. 1992). Die konvergente Validität der Skala konnte in verschiedenen Studien belegt werden (vgl. Dura/Beck 1988, Tait et al. 1987, 1990a,b, Saile/Schmitz 1992, Schmitz et al. 1992). Bewährt hat sich offenbar auch die **Version des „Pain Disability Index“ zur Fremdeinschätzung** durch Bezugspersonen von Saile und Schmitz (1992). Sie eröffnet die Möglichkeit zur Ermittlung von diagnostisch relevanten Informationen über die Übereinstimmung oder Diskrepanz von Selbst- und Fremdeinschätzung (von Schmitz autorisierte Angaben in Westhoff 1993, 629f). Vergleichbare Verfahren zur Ermittlung schmerzbedingter Behinderung bilden nach Westhoff (1993, 628) und Nilges et al. (1995) u.a. die folgenden vier Instrumente:

- den **Activity Pattern Indicator/API** von Rock et al. (1984, vgl. a. Westhoff 1993, 77ff);
- den **Funktionsfragebogen Hannover/FFbH** von Kohlmann et al. (1992, vgl. a. Westhoff 1993, 286).
- den **Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire/OBQ** von Fairbanks et al. (1980; vgl. Westhoff 1993, 605f).
- das **Sickness Impact Profile/SIP** von Bergner et al. (1976, 1981) bzw. die Roland Scale, eine speziell auf Rückenschmerzen hin zugeschnittene **Kurzversion des SIP** von Roland und Morris (1983, vgl. a. Dohrenbusch 1988, Kessler et al. 1990, Westhoff 1993, 775ff).

A4 Schmerzrelevante interaktionale Aspekte im primären sozialen Netz

Das aus der in der psychodynamischen Tradition von Engel (1959) heraus entwickelte Konzept der Schmerzpersönlichkeit („pain prone patient“), das dem familiären Kontext eine herausgehobene Bedeutung für die Entstehung von chronischen Schmerzsyndromen zuschreibt, wurde in den letzten Jahren durch differenziertere Erklärungsansätze des Einflusses des sozialen Umfeldes auf die Aufrechterhaltung und Verstärkung von Schmerzen abgelöst (Flor/Fydrich 1999, Kröner-Herwig 1999c). Sie knüpfen zumeist an Konzepte der Verhaltenstheorie und der sozialen Unterstützung an. Im Zentrum der Betrachtung steht der Einfluss des Verhaltens zentraler Bezugspersonen auf die Ausprägung der Schmerzstörung (z.B. Beutler et al. 1988, Breitenstein et al. 1994, Flor et al. 1989, Kerns et al. 1991). Ferner werden – wenn auch bisher in einem geringeren Umfang - Konsequenzen der Schmerzstörung auf das Befinden und Verhalten der (Lebens-)Partnerinnen und Partner betrachtet. Befunde dieser Forschungsrichtung lassen auf einen deutlichen, zumeist negativen Effekt der Schmerzkrankheit auf die Befindlichkeit der Bezugspersonen schließen (z.B. Schwartz et al. 1991, Taylor et al. 1990). Nach dem Rechercheergebnis von Nilges et al. (1995, 246) liegen im deutschen Sprachraum vier, zum Teil noch im Entwicklungsstadium befindliche Instrumente zur Ermittlung schmerzrelevanter, interaktionaler Aspekte im „familiären“ Kontext vor:

Der **Significant Other'-Fragebogen (SOF)** von Kröner-Herwig bietet einen umfassenden Ansatz zur Erhebung interaktionaler Aspekte des Schmerzgeschehens. Neben dem zuerst entwickelten Instrument zur Fremdeinschätzung durch die primäre Bezugsperson liegt inzwischen eine Version zur Selbsteinschätzung durch die Betroffenen vor. Ausgehend vom Partnerverhalten werden über 91 Items interaktionale Einflussfaktoren und Konsequenzen für die Schmerzstörung ermittelt. Sie beziehen sich auf die Dimensionen (1) Kommunikation und Verhalten bei Schmerz, (2) emotionale Einstellung, (3) Beziehungs- und Lebensveränderung aufgrund der Schmerzstörung sowie (4) schmerzbezogene Behandlungserwartung und (5) Kausalattributionen. Der SOF wurde speziell für die einzelfallbezogene psychologische Exploration im Rahmen der Schmerztherapie entwickelt (Nilges et al. 1995, 246) und ist - so Kröner Herwig (1999b, 255) - bei der Autorin für entsprechende Zwecke auf Anfrage erhältlich.

Der **Fragebogen zum Partnerverhalten bei Schmerz PVS** von Leidig (1996) zur Ermittlung der subjektiven Einschätzung des Partnerverhaltens aus der Sicht der Schmerz betroffenen erfasst über 32 Items fürsorgliches, aversives und negativ verstärkendes Partnerverhalten aus der Sicht der Betroffenen. Die Kennwerte für die Homogenität der Skalen sind zufriedenstellend, allerdings zeichneten sich bei der Anwendung in unterschiedlichen Stichproben Diskrepanzen bezüglich der Dimensionen des avisierten Konstruktbereichs ab (Nilges et al. 1995, 246).

Bei dem **Multidimensionalen Schmerzinventar (MPI-D)** von Flor et al. (1990) handelt es sich um die adaptierte, deutschsprachige Version des West-Haven-Yale Multidimensional Pain Inventory (WHYMPI) von Kerns et al. (1985). Die faktorenanalytisch abgesicherten *Skalen 6, 7 und 8* erfassen über elf verhaltensbezogen formulierte Items *strafendes, unterstützendes und ablenkendes Verhalten* der Bezugsperson aus der Sicht der Betroffenen. Streit et al. (1990) entwickelten ergänzend eine Partnerversion. Die *Skala 4* ermöglicht die ergänzende Ermittlung der *erlebten Unterstützung*, die für die Beurteilung von Bedingungen der Schmerzaufrechterhaltung, sowie im Sinne der sozialen Unterstützungsthese zur Beurteilung belastungsmindernder Effekte sozialer Interaktion herangezogen werden kann. Erste Analysen belegen die Homogenität der Skalen und mit Ausnahme der Skala soziale Unterstützung auch die Retest-Reliabilität. Detaillierte Untersuchungen zur Validität der Skalen liegen für die deutsche Version bisher nicht vor, im anglo-amerikanischen Raum wurden die Interaktionsskalen des WHYMPI in unterschiedlichen Studien eingesetzt und geprüft (vgl. z.B. Flor et al. 1987). Sie eignen sich weniger für eine detaillierte Ermittlung von interaktiven Komponenten des Schmerzgeschehens, wohl aber für deren überblicksartige Erfassung im Rahmen eines multidimensionalen, diagnostischen Screenings (Nilges et al. 1995, 246).

Das **schmerzbezogene Inventar familiärer Adaptabilität und Kohäsion SIFAK-R** von Saile und Dietrich (1992) erfasst über 29 Items die Dimensionen „geringe Adaptabilität im Umgang mit dem chronischen Schmerz“, „schmerzbezogene Verstrickung“ und „schmerzbezogene Loslösung und Entfremdung“ aus der Sicht der Betroffenen und/oder einer Bezugsperson. Allerdings beziehen sich die als Statements formulierten Items explizit auf den familiären Kontext. Erste Analysen deuten auf hinreichende psychometrische

Eigenschaften hin, eine eingehende empirische Fundierung des Instrumentes steht noch aus (Nilges et al. 1995, 246).

In ihrem Fazit unterstreichen Nilges et al. (1995, 246), dass insbesondere mit Blick auf die Ermittlung interaktionaler Aspekte des Schmerzgeschehens weitere Forschungsbemühungen zur Entwicklung fundierter Instrumente erforderlich sind. Der in der Entwicklung am weitesten gediehene MPI-D beschränkt sich auf drei verhaltensbezogene Interaktionsaspekte. PVS und SIFAK-R sind durch ihre Fokussierung auf „Ehe“ bzw. „Familie“ nur für einen begrenzten Patientenkreis nutzbar. Für eine breite Anwendung wäre die Operationalisierung entsprechend der heute vielfach vorzufindenden, nicht primär nur familiären „Lebensgemeinschaften“ anzupassen.

A5 Schmerzassoziierte Befindens- und Gesundheitsbeeinträchtigungen

Die Koexistenz bzw. Verschränkung von Schmerz und psychosomatischen Befindlichkeitsstörungen wurde in einer Reihe von empirischen Studien belegt. Entsprechend sind Strategien zur Reduktion übergreifender Befindlichkeitsstörungen als konstitutive Bestandteile der Schmerztherapie zu betrachten. Die Ermittlung von über die Schmerzsymptomatik im engeren Sinne hinausgehenden Beschwerden bieten Anhaltspunkte für das Ausmaß an gesundheitlicher Beeinträchtigung, über mögliche Somatisierungstendenzen unter erhöhten Belastungsbedingungen sowie „über die Einstellung zum eigenen Körper und seiner Unversehrtheit“ (Denecke et al. 1995, 300, vgl. a. Nilges/Wichmann-Dorn 1992).

Denecke et al. (1995, 302f) empfehlen für die Ermittlung schmerzassoziiierter Befindensbeeinträchtigungen im Rahmen der Standarddiagnostik den Rückgriff auf die Allgemeine Depressionsskala (ADS, s. Hautzinger/ Bailer 1991), die Hinweise für eine erforderliche, weitergehende Abklärung depressiver Beeinträchtigungen geben kann. Als Screeningverfahren zur Ermittlung der Allgemeinbefindlichkeit eignet sich die B-L Beschwerdenliste von Zerssen (1976a, 1981). Ferner bietet der Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) von Geissner und Würtele (1992), dessen routinemäßigen Einsatz Kröner-Herwig et al. (1996) zur Ermittlung der Schmerzverarbeitung und -bewältigung empfehlen (s.o.), mit dem die Subskalen Angst, Hilflosigkeit und Ärger umfassenden Teil C die Abklärung von entsprechender, schmerzassoziiierter Befindlichkeitsstörungen.

A5.1 Erfassung von Depressivität als schmerzverstärkende und reaktive Befindensdimension

Als bedeutsamste, schmerzassoziierte Befindlichkeitsstörung gilt Depressivität, wobei von einer gegenseitigen Verstärkung von Schmerz und depressiven Stimmungslagen ausgegangen wird (s.a. Gatchel 1996, Hautzinger 1999). Bei der von Denecke et al. (1995) für die Bedarfe der Schmerzdiagnostik empfohlenen **Allgemeinen Depressionsskala (ADS)** handelt es sich um ein auf der Grundlage der Center of Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) von Radloff (1977) entwickeltes Instrument zur Erfassung depressiver Beschwerden im Vorfeld der Manifestation depressiver Störungen

(s. Hautzinger 1988, Hautzinger/Bailer 1991).⁶⁶ Die Skala wurde vorrangig für „nicht-klinische“, epidemiologische Studien konzipiert. Es handelt sich um ein vollstandardisiertes Instrument zur Selbstbeurteilung. Die als Statements formulierten Items repräsentieren Empfindungen gedrückter bis depressiver Stimmungslagen und beziehen sich auf die folgenden Dimensionen depressiver Beschwerden:

- (1) gedrückte Stimmungslage,
- (2) Schuldgefühle,
- (3) Gefühl der Wertlosigkeit,
- (4) Gefühl von Hilfs- und Hoffnungslosigkeit,
- (5) Antriebsmangel,
- (6) Appetitverlust und
- (7) Schlafstörungen.

Die Befragten werden gebeten, jeweils anhand einer vierstufigen Skala einzuschätzen, wie häufig sie sich in der vergangenen Woche, wie in dem jeweiligen Item beschrieben, gefühlt haben (0=„kaum oder überhaupt nicht“ bis 3=„meistens, die ganze Zeit/5 bis 7 Tage lang“). Das 20 Items bzw. in der Kurzfassung 15 Items umfassende Erhebungsinstrument gilt als vergleichsweise zeitökonomisches und reliables Verfahren. Nach den von Hautzinger autorisierten Angaben in Westhoff (1993, 168) zu urteilen, ist die Validität der Skala allerdings bei bestimmten Patientengruppen fraglich. Wie bei anderen Depressionsskalen stellt sich besonders bei degenerativen Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates das Problem der Konfundierung „somatischer“ Items mit spezifischen Symptomlagen. So legen die Befunde von Blalock et al. (1989) nahe, dass anhand der ADS depressive Stimmungslagen bei Patientinnen und Patienten mit rheumatoider Arthritis überschätzt werden, da die Aussagen einzelner Items mit den für die Krankheitsprogression charakteristischen Befindensveränderungen korrespondieren (vgl. z.B. das als Indikator für Antriebsmangel operationalisierte Item der „Mühsal von Aktivitäten“). Eine von Burnam et al. (1988) entwickelte Kurzversion („Brief Screening Instrument for Detecting Depressive Disorders“) versucht, diese Überschneidungen zu vermeiden. Es besteht aus acht ausgewählten Items der ADS, die ergänzt wurden durch Statements zur Dauer gedrückter Stimmungslagen. Ferner wurde der Zeitrahmen, auf den sich die Aussagen beziehen, erweitert.

Als weitere, der ADS vergleichbare Instrumente, die im angelsächsischen Raum eine relativ breite Anwendung finden, verweist Westhoff (1993, 167ff) auf die folgenden drei Erhebungsinstrumente:

- den **Beck Depression Inventory/BDI** von Beck et al. (1961, vgl. a. Beck/Steer 1987, Westhoff 1993, 107ff);
- die **Zung Self Rating Depression Scale/SDS** von Zung (1965, 1986) bzw. als Fremdbeurteilungsversion der **Zung Depression Status Inventory/DSI** von Zung (1972, vgl. a. Westhoff 1993, 744ff);
- die **Depression Adjective Check List/DACL** von Lubin (1987, vgl. a. Beckingham/Lubin 1991, Westhoff 1993, 204ff).

⁶⁶ Die CES-D wurde vom US-amerikanischen Center of Epidemiologic Studies für bevölkerungsbezogene Studien in Orientierung an vorliegenden Instrumenten, wie dem Beck Depression Inventory/BDI (Beck et al. 1961) und der Zung Self Rating Depression Scale/SDS (Zung 1972, 1986), entwickelt.

Einzelinstrumente, die sich auf schmerzbezogene, depressive Beeinträchtigungen beziehen, liegen bisher nicht vor. Hier bietet sich der Rückgriff auf Module multidimensionaler Instrumente an, wie die Skala „schmerzbedingte Hilflosigkeit/Depression“ des Fragebogens zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) von Geissner und Würtele (1992) oder entsprechende Skalen des Kieler Schmerzinventars (KSI) von Hasenbring (1994).

A5.2 Ermittlung von (Allgemein-)Beschwerden als globale Beanspruchungsindikatoren

Zur Ermittlung der Beeinträchtigung durch nicht unmittelbar schmerzbezogene körperliche und psychosomatische Beschwerden empfehlen Kröner Herwig et al. (1996) die **B-L Beschwerden-Liste** von Zerssen (1976a, 1981). Sie erfasst über 24 Items das Ausmaß subjektiver Beeinträchtigung durch körperliche und allgemeine Beschwerden auf den folgenden drei Ebenen:

- allgemeine Beschwerden (z.B. Schwäche, Müdigkeit, Schlafstörungen),
- körpernahe Beschwerden (z.B. Schweregefühl, Gliederschmerzen) und
- psychisch-körpernahe Beschwerden (z.B. Abgespanntheit, Unruhe).

Es handelt sich um ein vorrangig für klinische Gruppen konzipiertes, vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung für Erwachsene in Alter von 20 bis 64 Jahren. Die B-L ist leicht verständlich und ein relativ zeitökonomisches Verfahren. Die Probanden werden jeweils gebeten, anhand einer vierstufigen Skala (4=stark bis 1=gar nicht) anzugeben, in welchem Ausmaß sie unter den aufgeführten Beschwerden leiden. Die Ausprägung des auf der Grundlage der Beschwerdeliste ermittelten Summenwertes kann als Grad der Gesamtbelastung bzw. Indikator für psychische Überforderung interpretiert werden. Koloska et al. (1989) räumen der B-L gegenüber anderen Instrumenten zur Ermittlung psychischer Beanspruchung den Vorzug ein, da sie auch copingrelevante Befindensdimensionen erfasst. Zudem liegen für die B-L Normwerte der Allgemeinbevölkerung vor. Im Ansatz vergleichbare Verfahren zur Ermittlung der Allgemeinbefindlichkeit bilden u.a. die folgenden Instrumente:

- die **Freiburger Beschwerdenliste/FBL** von Fahrenberg (1975, vgl. Westhoff 1993, 266), bzw. die **FBL-G** in der überarbeiteten und erweiterten Version von Fahrenberg (1995);
- der **Gießener Beschwerdebogen/GGB** von Brähler und Scheer (1983; vgl. a. Schumacher/Brähler 1999, Westhoff 1993, 360ff);
- die **Symptomcheckliste/SCL-90** von Franke (1992, 1995), eine erweiterte deutschsprachige Version der Hopkins Symptom Checklist (HSCL) von Derogatis et al. (1974, vgl. a. CIPS 1996, Franke 1992, Rief et al. 1990, Denecke et al 1995, 302).

A5.3 Erfassung von Angst und Ärger als schmerzassoziierte Befindensbeeinträchtigungen

Ein speziell auf die **Ermittlung schmerzbezogener Angst** bzw. **Ängstlichkeit** hin zugeschnittenes Verfahren liegt bisher nicht vor. Die Dimension Angst wird jedoch in multidimensionalen Schmerzinventaren teilweise über spezielle Subskalen erfasst (s.u.). Das nach der Recherche von Denecke et al. (1995) auch in der Schmerzforschung am häufigsten eingesetzte Instrument ist das **State-Trait-Angst Inventar (STAI)** von Spielberger et al. (1970), das in einer adaptierten, deutschen Fassung von Laux et al. (1981) vorliegt. Anders als die überwiegende Anzahl der vorliegenden Angstinventare erfasst das Instrument neben Angst bzw. Ängstlichkeit als Persönlichkeitseigenschaft („Trait Anxiety“) auch situationsbezogene Angst, im Sinn eines vorübergehenden, emotionalen Zustandes („State Anxiety“). Die beiden Dimensionen werden über zwei jeweils 20 Items umfassende Skalen, bzw. in der von Knippenberg et al. (1990) entwickelten Kurzfassung über zwei entsprechende Kurzskalen mit jeweils acht Items erfasst. Die Probanden werden jeweils gebeten, den Grad der Übereinstimmung ihrer Befindlichkeit mit den als Statements formulierten Items anhand einer vierstufigen Antwortskala (1=“überhaupt nicht“ bis 4=“sehr“) anzugeben. Die psychometrischen Messeigenschaften werden als gut bis befriedigend eingestuft. Das STAI findet insbesondere in der Persönlichkeitsforschung und Therapieevaluation Anwendung (s.a. Denecke 1998). Vorteil des relativ breit eingesetzten Instrumentes ist ferner, dass Normwerte für unterschiedliche Alters- und klinische Gruppen verfügbar sind (Westhoff 1993, 836, vgl. a. Denecke 1998). Angesichts der hohen Korrelation der Konstrukte Ängstlichkeit und Depression sehen Denecke et al. (1995, 302) den Einsatz spezieller Angstskalen in der Standarddiagnostik bei chronischem Schmerz als verzichtbar an. Im Einzelfall sollte aus ihrer Sicht bei situativer Angst und ausgeprägtem Vermeidungsverhalten auf schmerzspezifische Angstskalen zurückgegriffen werden, wie entsprechende Module des Kieler Schmerz Inventars (KSI) von Hasenbring (1994) oder des von Kröner-Herwig et al. (1996) als Standardverfahren empfohlenen Fragebogens zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV) von Geissner und Würtele (1992).

Des Weiteren wird in der Schmerzforschung mit Blick auf die Dimensionen der Schmerzverarbeitung die Bedeutung von **Ärger bzw. Ärgerausdruck, Wut und Feindseligkeit als zentrale Emotion** diskutiert. Mit dem State-Trait-Ärgerausdrucks-Inventar von Schwenkmezger et al. (1992), einer adaptierten deutschen Version des State-Trait-Anger Expression Inventory (STAXI) von Spielberger (1988) steht ein relativ ökonomisches und geprüftes Instrument zur Verfügung, das sich auch aufgrund der bewährten Anwendung bei psychosomatischen Erkrankungen für die Schmerzdiagnostik zu eignen scheint (s. Westhoff 1993, 842ff). Denecke et al. (1995, 303) sehen die Erfassung dieser Befindensaspekte am ehesten als verzichtbar an, da ihr Stellenwert für die Therapieevaluation noch nicht geklärt ist und die Diagnose genereller, psychopathologischer Störungen im Rahmen der Schmerztherapie „routinemäßig“ nicht leistbar ist. Beim Vorliegen von Anhaltspunkten für entsprechende Störungen sei zudem eine über standardisierte Fragebögen hinausgehende, eingehende psychologische Exploration angezeigt.

A5.4 Gesundheitsbezogene Lebensqualität als Indikator schmerzbedingter Befindensbeeinträchtigung und der Ergebnisqualität therapeutischer Interventionen

Die Frage nach der Lebensqualität gewinnt auch in der Schmerzforschung und Therapieevaluation zunehmend an Bedeutung. Anknüpfend an den umfassenden Gesundheitsbegriff der WHO umfasst das Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität biopsychosoziale Dimensionen der Beeinträchtigung von Gesundheit bzw. Gesundheitsressourcen. Eine eingehende Betrachtung und Würdigung der Vielzahl vorliegender Instrumente zur Ermittlung gesundheitsbezogener Lebensqualität würde den Rahmen der vorliegenden Arbeit sprengen. So liegen nach den Recherchen von Porzsolt und Rist (1997) allein etwa 800 Instrumente zur Messung der Lebensqualität vor, die in der (Psycho-)Onkologie eingesetzt werden. Nach den Angaben von Denecke et al. (1995, 303) befasst sich eigens eine Arbeitsgruppe der DGSS (Koordination Prof. Dr. Gerbershagen, Mainz) u.a. mit Fragen der Erfassung der Lebensqualität im Rahmen der Therapieevaluation und arbeitet an der Überprüfung der Anwendbarkeit von Instrumenten zur Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität, wie dem Nottingham Health Profiles (NHP).

Im Folgenden sollen mit dem Nottingham Health Profile und dem SF-36 Health Survey, auf den im Bundes-Gesundheitssurvey 1998 zur Ermittlung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität zurückgegriffen wurde, zwei international relativ weit verbreitete Instrumente in ihrer Grundstruktur umrissen werden. Beiden Instrumenten liegt ein unfassender Gesundheitsbegriff zugrunde. Ein Nachteil ist allerdings, dass die Bedeutung, die die Betroffenen den unterschiedlichen Dimensionen von Gesundheit beimessen, nicht in die Ermittlung der „subjektiven“, gesundheitsbezogenen Lebensqualität einfließt.

Das **Nottingham Health Profile (NHP)** von Hunt und McEwen (1980) bzw. Hunt et al. (1989), in der autorisierten deutschen Version von Kohlmann et al. (1997) ist eines der international und besonders im europäischen Raum am häufigsten angewandten Instrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Über 38 als Selbstaussagen formulierte Items mit dichotomisierter Antwortvorgabe werden sechs Dimensionen potentieller Gesundheitsbeeinträchtigungen erfasst:

- Energieverlust (i.S. von Vitalitätsverlust, 3 Items),
- Schmerzen (7 Items),
- Emotionale Reaktionen (9 Items),
- Schlafprobleme (5 Items),
- Soziale Isolation (5 Items) und
- Physische Mobilität (8 Items).

Da der Umfang der einzelnen Skalen zwischen drei und neun Items variiert, wird jeweils der Skalensummenwert in Prozentangaben, bezogen auf 100 Prozent, umgerechnet. Die Subskala Schmerz erfasst das Vorhandensein von Schmerzen situationsbezogen (ständige Schmerzen, Schmerzen nachts, bei Veränderung der Körperposition, beim Gehen, beim Stehen, beim Treppengehen) und „unerträgliche“ Schmerzen. Für das relativ zeitökonomische Instrument konnten auch im deutschsprachigen Raum befriedigende psychometrische Testeigenschaften bezüglich der Praktikabilität, Reliabilität,

Validität und Sensitivität anhand der Daten von über 1 000 Personen nachgewiesen werden, die in zehn Stichproben unter gesunden und an unterschiedlichen Erkrankungen leidenden Personen gewonnen wurden (Kohlmann et al. 1997). Ein weiterer Vorteil des Instrumentes ist daher, dass sowohl aus bevölkerungsbezogenen Studien als auch für unterschiedliche Patientengruppen Vergleichswerte vorliegen (Kohlmann 1991, Kohlmann et al. 1994, 1997; zu vergleichbaren Instrumenten s. Westhoff 1993, 598).

Der **SF-36 Health Survey** wurde in den USA im Rahmen der breit angelegten Medical Outcome Study (Tarlov et al. 1983) zur Entwicklung von Verfahren zur Beurteilung der Ergebnisqualität medizinischer Interventionen aus der Sicht von Patientinnen und Patienten entwickelt. Von dem Instrument liegt eine validierte, deutschsprachige Fassung vor (Bullinger et al. 1995, Bullinger 2000). Sie wurde im Rahmen des „International Quality of Life Assessment“ (IQOLA) Projektes erarbeitet, an dem zehn Ländern beteiligt waren (Bullinger 2000, 19, Ware/Gandek 1998). Das Instrument erfasst acht Dimensionen subjektiver Gesundheit: (1) körperliche und (2) soziale Funktionsfähigkeit, (3) körperliche und (4) emotionale Rolleneinschränkung, (5) psychisches Wohlbefinden, (6) Vitalität, (7) körperliche Schmerzen (Intensität, schmerzbedingte Beeinträchtigung) und (8) allgemeine Gesundheitswahrnehmung.⁶⁷ Ergänzend wird über ein Globalitem die Veränderung des subjektiven Gesundheitszustandes im letzten Jahr ermittelt. Für die Auswertung des SF-36 liegt eine Handanweisung vor (s. Ware et al. 1993). In den im Zeitraum von 1992 bis 1996 unter verschiedenen (Patienten-) Gruppen mit insgesamt über 4 000 Personen durchgeführten Studien wies die deutsche Version des SF-36 gute psychometrische Testeigenschaften auf (Bullinger 2000, 193ff). Wie das NHP gilt es als valides Instrument zur Abbildung eines differenzierten Profils gesundheitsbezogener Lebensqualität.

Von dem Instrument wurden verschiedene Varianten entwickelt, so auch eine Fremdbeurteilungsversion. Einzelsegmente des SF-36 finden u.a. in dem Patientenfragebogen der DGSS für die Schmerztherapie (vgl. Hankemeier et al. 2001a,3ff). Ergänzend sei hier auf das von Siegrist et al. (1996) in Orientierung am SF-36 entwickelte **Profil der Lebensqualität chronisch Kranker (PLC)** verwiesen. Im Vergleich zum Ursprungsinstrument wurde im PCL ein stärkerer Akzent auf soziale Aspekte gesundheitsbezogener Lebensqualität gelegt, die auch mit Blick auf den Prozess der Schmerzchronifizierung bedeutsam erscheinen. Zudem erlaubt die optionale Ergänzung des in der Kernversion 40 Items umfassenden Fragebogens um krankheitsspezifische Symptomlisten eine vergleichsweise differenzierte, fallbezogene Einschätzung des Behandlungserfolges bei chronischen Erkrankungen.

A6 Schmerztagebücher als Instrument zur Ermittlung von Schmerzerleben und -verhalten im Alltag und zur Therapieevaluation

Zur Ermittlung von Bedingungsfaktoren chronischer Schmerzen und für die Therapieevaluation wurden spezielle Schmerztagebücher entwickelt, die eine Einschätzung des Verlaufscharakters in Verbindung mit Aktivitäten, situativen

⁶⁷ Die Fragen zu körperlicher/sozialer Funktionsfähigkeit, körperlichen/emotionalen Rolleneinschränkungen, psychischem Wohlbefinden, Vitalität und Schmerz beziehen sich auf den Zeitraum der letzten vier Wochen (s. a. die deutsche Fassung des SF-36 im Anhang von Bullinger 1996, XXVIIIff).

Kontexten und/oder konkreten Behandlungsmaßnahmen ermöglichen. Es handelt sich um Stunden-, Tages- oder Wochenprotokolle, die von den Betroffenen selbst, in Ausnahmefällen stellvertretend durch Bezugspersonen oder betreuende Pflegekräfte regelmäßig geführt werden (zu letzteren vgl. z.B. das Stundenprotokoll von Sternbach 1978). Wie bereits angemerkt, empfehlen die Deutsche Gesellschaft zur Studium des Schmerzes (DGSS) und das Schmerztherapeutische Kolloquium (STK) das Führen eines Schmerztagebuches als Teil der schmerztherapeutischen Basisdokumentation. Bezogen auf den primär angepeilten Informationsgewinn können zwei Grundtypen der Verlaufsdocumentation bei (chronischen) Schmerzen unterschieden werden:

- Verlaufsprotokolle, die primär auf die Beschreibung des Schmerzverhaltens rekurren, und
- Schmerztagebücher, die die Ermittlung von Informationen über den funktionalen Charakter des Schmerzes, das Krankheitsverhalten oder die soziale Funktion der Schmerzen intendieren (Scholz 1999, 308).

Ein von Tursky et al. (1982) entwickeltes Schmerztagebuch versucht, die Ermittlung beider Informationsaspekte zu verbinden, von dem auch eine revidierte, auf deutschsprachige Verhältnisse adaptierte Version vorliegt (Scholz/Curio 1989). Wie allein die Übersichten ausgewählter Instrumente von Scholz (1999, 309ff) und Redegeld et al. (1995, 157) zeigen, liegt hierfür bereits eine Vielzahl von erprobten, weitgehend standardisierten Verfahren vor. Beispielhaft werden im Folgenden mit dem Bonner und dem Heidelberger Schmerztagebuch zwei krankheitsübergreifende Instrumente der Verlaufsdocumentation dargestellt (vgl. a. Westhoff 1993, 655ff).⁶⁸

Beim **Bonner Schmerztagebuch**, von dem inzwischen eine edv-gestützte Version vorliegt (Scholz 1989, Ott/Scholz 1995, Scholz 1999), handelt es sich um ein standardisiertes Dokumentationsverfahren für erwachsene Schmerzpatientinnen und -patienten zur täglichen Selbstbeurteilung und Verlaufsbeobachtung. Erfasst werden Schmerzintensität, sensorisch-diskriminante und affektiv-emotionale Schmerzqualität und die Kontrollattribution. Für die Dokumentation der Schmerzqualität sind drei Skalen mit je 10 schmerzbeschreibenden Adjektiven vorgegeben. Vorgesehen ist die Protokollierung an jeweils zwei Messzeitpunkten pro Tag und der ersten Schmerzattacke, einschließlich von Angaben zur Schmerzlokalisierung, zum Zeitpunkt des Auftretens, zur Dauer und der eingeleiteten Maßnahmen zur Schmerzkontrolle (Medikation, Entspannungsübungen etc.). Die routinemäßige Protokollierung dient der reflexiven Einschätzung des Schmerzgeschehens und des Bewältigungsverhaltens. Intendiert ist die möglichst genaue, zeitnahe und ereignisbezogene Dokumentation des Schmerzerlebens und situativer Besonderheiten, um Erinnerungsfehler zu vermeiden (Westhoff 1993, 140, vgl. a. Eich et al. 1985, Fordyce et al. 1984). Dobbeck et al. (1990) konstatierten unter stationären Bedingungen eine recht hohe Anwendungsbereitschaft seitens der Betroffenen, verweisen aber einschränkend darauf, dass sich bei herkömmlichen Schmerztagebüchern kaum verifizieren lässt, ob die Eintragungen tatsächlich zeitnah und ereigniskontingent vorgenommen wurden.

⁶⁸ Neben übergreifend angelegten Tagebüchern zur Verlaufsdocumentation chronischer Schmerzen wurden auch auf spezielle Schmerzkrankheiten hin zugeschnittene Schmerztagebücher entwickelt, wie das Tübinger Kopfschmerztagebuch von Gerber und Diener (1987) oder das vor allem bei chronischen Rückenschmerzen bewährte Ulmer Schmerztagebuch (UST) von Hrabal et al. (1992).

Ein Problem, dass sich bei elektronischen Schmerztagebüchern in dieser Form nicht mehr stellt.

Das **Heidelberger Schmerztagebuch** wurde von Seemann und Zimmermann (1986) in dem vom BMFT geförderten Pilotprojekt zur „Qualitätsbewertung und –verbesserung schmerztherapeutischer Maßnahmen sowie der Schmerzdokumentation in der ambulanten Versorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen“ entwickelt (vgl. Seemann 1987, Schülin et al. 1989). Es ist neben dem Schmerzanamnesebogen Bestandteil der vom Schmerztherapeutischen Kolloquium (StK) empfohlenen Standarddokumentation für die Algesiologie. Wie bei dem Bonner Schmerztagebuch handelt es sich um ein vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeobachtung für Schmerzpatientinnen und -patienten im Erwachsenenalter und dient der Verlaufsdokumentation des Schmerzgeschehens in Verbindung mit den jeweiligen Behandlungsmaßnahmen, psychosozialen Krankheitsfolgen (schmerzbedingte Beeinträchtigung von Aktivitäten, sozialen Beziehungen, der Stimmungslage und Kontrollüberzeugung) und dem Auftreten von Gesundheitsbeschwerden. Die Betroffenen tragen mehrmals täglich, das heißt bis zu sechsmal am Tag; in regelmäßigen Abständen die Schmerzintensität und Maßnahmen zur Schmerzkontrolle (Medikation, Massagen, Entspannungsübungen etc.) ein. Auf einem wöchentlich auszufüllenden (Wochen-)Blatt soll anhand einer Visuellen-Analog-Skala (VAS), das Schmerzniveau angegeben werden, mit dem die Betroffenen erträglich leben können (sog. Erträglichkeitswert) und eine kurze Depressionsskala (Zerssen 1976b) ausgefüllt werden.

Schmerztagebücher bieten in der Schmerztherapie grundlegende Informationen für die Indikationsstellung und Verlaufskontrolle. Das Gespräch mit den Betroffenen über die auf der Grundlage der Protokolle im Schmerztagebuch gefundenen Zusammenhänge gilt als zentraler Bestandteil der therapeutischen Intervention. Wesentlich ist eine hinreichende Aufklärung und Anleitung der Betroffenen, soll die geforderte zeitnahe Verlaufsdokumentation nicht an motivationalen und kognitiven Grenzen scheitern (vgl. a. Dobbek et al. 1990). Auch kann die engmaschige Führung eines Schmerztagebuchs über einen längeren Zeitraum durchaus ambivalent sein, wenn die Gefahr besteht, dass die fortlaufende Reflexion und Dokumentation des Schmerzgeschehens eine Fokussierung auf den Schmerz begünstigt. Entsprechende, von Seemann (1987) geäußerte Befürchtungen, einer möglichen Fixierung auf den Schmerz durch das Führen eines Schmerztagebuchs Vorschub zu leisten, konnten jedoch im Ansatz in einer Evaluationsstudie, an der die Autorin beteiligt war, ausgeräumt werden (s. Schülin et al. 1989). Offenbar zeigte sich in der Praxis, dass in der Regel positive Effekte der mit der Dokumentation verbundenen (Selbst-)Reflexion überwogen. Mögliche kontraproduktive Effekte sollten jedoch im Einzelfall in Betracht gezogen und überprüft werden. Kröner-Herwig et al. (1996) empfehlen generell das Führen eines konzeptionell auf die individuellen Problemlagen zugeschnittenen Schmerztagebuches.⁶⁹ Initial wird bei persistierenden Schmerzen eine vierzehntägige Dokumentation als ausreichend erachtet. Bei attackenweise auftretenden Schmerzzustände (z.B. Migräne, Trigeminusneuralgie) ist die Zeitspanne an deren Häufigkeit bzw. die Dauer beschwerde-

⁶⁹ Ein allerdings vergleichsweise aufwendiges Verfahren zur einzelfallbezogenen Erfassung von Schmerzmerkmalen und Schmerzverhalten im Zeitverlauf bildet das bereits erwähnte Pain Perception Profile (PPP) von Tursky et al. (1982), von dem eine von Scholz und Curio (1989) adaptierte, deutschsprachige Variante vorliegt (vgl. a. Westhoff 1993, 655ff).

freier Phasen anzupassen. Als „Orientierungswert“ gilt hier ein Zeitraum von etwa vier Wochen.

A7 Schmerzassessment und Verlaufskontrolle in der palliativen Versorgung

Auch in der Palliativmedizin wird die Messung der Schmerzintensität (Algesimetrie) als konstitutiver Bestandteil der Schmerztherapie, d. h. als unerlässlich zur Feststellung des Behandlungsbedarfs und der fortlaufenden Erfolgskontrolle erachtet. Bei schwerkranken, symptombelasteten Menschen ist die Anwendung der oben beschriebenen Verfahren jedoch kaum handhabbar, so wünschenswert ein eingehendes, möglichst alle Facetten des Schmerzerlebens berücksichtigendes Assessment auch sein mag. Radbruch und Zech (1997) empfehlen für die Palliativversorgung den Rückgriff auf möglichst einfach zu handhabende, die Betroffenen wenig belastende, valide und reliable Instrumente der Schmerzmessung für das Eingangsassessment und die Verlaufskontrolle. In der Palliativmedizin hat sich demnach ein mehrstufiges Vorgehen bewährt:

- eine initiale Schmerzdiagnose zur Ermittlung der aktuellen Schmerzintensität und -qualität, der Vorgeschichte und bisherigen Medikation sowie sozialanamnestischer Aspekte, z.B. auf der Grundlage des Schmerzfragebogens der DGSS⁷⁰;
- eine tägliche, routinemäßige Schmerzeinschätzung und standardisierte Dokumentation mittels visueller Analogskala (VAS), numerischer Analogskala (NRS) oder der Schmerzreduktionsskala (Pain Relief Index/PRI) in einem Schmerztagebuch oder anhand entsprechender Formblätter der Patientendokumentation; bei bewusstseinsgestörten Patientinnen und Patienten wird alternativ zur Selbsteinschätzung der Betroffenen die Fremdeinschätzung durch das Personal mittels VAS oder NRS empfohlen;
- die bedarfsweise, zusätzliche Schmerzeinschätzung jeweils ein bis zwei Stunden nach der Gabe eines neuen Medikaments, oder von zusätzlicher Medikation bei Schmerzspitzen zur kurzfristigen Erfolgskontrolle mittels VAS oder PRI, besonders bei Nervenblockaden ist die Ermittlung einer Zeit-Wirkungskurve durch eine engmaschige (z.B. stündliche) Schmerzeinschätzung anhand der VAS angezeigt;
- die Überprüfung der Schmerzdiagnose bei einer Intensität von höheren Werten als 5 cm auf der VAS oder weniger als 50 Prozent Schmerzlinderung beziehungsweise mehr als 50 Prozent Restschmerz im Rahmen der Verlaufskontrolle (Radbruch/Zech 1997, 442).

⁷⁰ Von der DGSS-Arbeitsgruppe „Standardisierung und Ökonomisierung in der Schmerztherapie“ wurde für die Schmerzanamnese eine modifizierte, deutschsprachige Version des Wisconsin Brief Pain Inventory (BPI) von Daut et al. (1983) entwickelt (Radbruch/Zech 1997, 440, vgl. a. Radbruch et al. 1999a). Auf dieser Grundlage werden soziodemographische Grunddaten, vorangegangene Erkrankungen, Vorbehandlungen und Aufklärungsstand, die häusliche, familiäre und berufliche Situation, die aktuelle Stimmungslage, Schmerzen und andere Krankheitsbeschwerden, bisherige Schmerztherapie und Symptomkontrolle und deren Effektivität aus der Sicht der Betroffenen ermittelt. Ergänzend sei hier auf den von Flöter et al. (1988) konzipierten Schmerzanamnesebogen verwiesen, der neben dem Heidelberger Schmerztagebuch und einem speziellen Verlaufsprotokoll zur Therapie-dokumentation und -evaluation Teil der standardisierten Dokumentation für die Algesiologie des Schmerztherapeutischen Kolloquiums (StK) ist. Er wurde für den Einsatz in Schmerz- und Allgemeinpraxen zur (Vor-)Strukturierung des Erstgesprächs mit chronisch schmerzkranken Menschen entwickelt. Es handelt sich ebenfalls um ein vollstandardisiertes Verfahren zur Selbstbeurteilung. Neben der Vorgeschichte werden Schmerzstärke, psychosoziale Krankheitsfolgen, sowie die psychosoziale und subjektive Krankheitsbewertung ermittelt (vgl. a. Westhoff 1993, 728f).

Nach den Erfahrungen der Autoren kann die „routinemäßige Schmerzmessung“ im Rahmen der Tumorschmerztherapie zudem die Kommunikation über Schmerz mit den Betroffenen erleichtern und die Sensibilisierung der an der Betreuung beteiligten professionellen Akteure fördern. Angesichts der durch neuere, neurobiologische Forschungsergebnisse untermauerten, individuellen Ausprägung und Multidimensionalität des Schmerzerlebens gilt in der Palliativmedizin die Selbsteinschätzung des Schmerzes durch die Betroffenen gleichermaßen als ultima ratio. Auch bei bewusstseinsgestörten Patientinnen und Patienten wird daher versucht, die Schmerzintensität anhand von Patientenangaben zu ermitteln, etwa unter Rückgriff auf einfache Instrumente, die im Rahmen der Pädiatrie entwickelt und erprobt wurden, wie die Gesichtsskala zur Schmerzeinschätzung (s.o.). Ist selbst dies aufgrund eines reduzierten Allgemeinbefindens nicht möglich, wird die regelmäßige Einschätzung des Schmerzniveaus durch die Bezugspersonen oder die in die Betreuung involvierten professionellen Akteure empfohlen, was jedoch deren eingehende Schulung voraussetzt. So betonen auch Radbruch und Zech (1997, 438) mit Blick auf die Palliativtherapie, dass bei bewusstseinsgestörten oder komatösen Patientinnen und Patienten die regelmäßige Einschätzung der Schmerzintensität anhand nonverbaler Schmerzäußerungen und der Verhaltensbeobachtung erfolgen sollte (Sprangers/Aaronson 1992). Ansatzpunkte für eine systematische Erfassung schmerzbezogener, nonverbaler Verhaltensäußerungen bieten standardisierte Beobachtungsprotokolle, wie der Tübinger Beobachtungsbogen (TBS) von Flor und Heimerdinger (1992). Ferner ist hier auf in der Pädiatrie entwickelte Beobachtungsinstrumente (s. Denecke et al. 1997, Pothmann 1999) und auf Verfahren zur schmerzbezogenen Mimikanalyse (LeReschke/Dworkin 1984, Solomon et al. 1997) zu verweisen.

Auch im Palliativbereich wird die Erfassung der Lebensqualität heute als zentraler Indikator für die Therapieevaluation erachtet (vgl. z.B. Porzolt/Rist 1997, Skeel 1998). Eine Übersicht der gebräuchlichsten Skalen zur Ermittlung der Symptombelastung und Lebensqualität in der Palliativversorgung bietet Farrer (1999). Von Ferrell et al. (1991) wurde ein Rahmenkonzept zur Erfassung des Schmerzerlebens und der Lebensqualität entwickelt. Analog zum Konzept des „totalen Schmerzes“ (Saunders 1967) und dem Palliative Care Konzept der Weltgesundheitsorganisation (WHO 1990) werden das körperliche Wohlbefinden und spezifische Symptombelastungen ebenso berücksichtigt wie psychische, soziale und spirituelle Befindensdimensionen. Auf der Grundlage eingehender, qualitativer Erhebungen zur Lebensqualität unter Patientinnen und Patienten in Palliativ- und Hospizeinrichtungen wurde von den Autorinnen ein standardisiertes Erhebungsinstrument entwickelt, das die vier Dimensionen über 40 Items erfasst (s. Ferrell 1995). Angesichts des in der Palliativpflege zumeist progredienten Verlaufscharakters der Erkrankung wäre hier allerdings insbesondere für Evaluationszwecke Instrumenten der Vorzug zu geben, die nicht nur die jeweilige Statuslage, sondern zugleich die Bedeutung der erfassten Dimensionen gesundheitsbezogener Lebensqualität für die Betroffenen ermitteln (vgl. z.B. Skeel 1998).

Verzeichnis der Tabellen und Abbildungen

Tabellen	Seite
Tabelle 1.0 Stadieneinteilung und Ausprägungsgrad der Dimensionen chronifizierter Schmerzen nach Gerbershagen	50
Tabelle 2.0 ICD-10 Kodierung „somatoformer Störungen“	23
Tabelle 2.1 IASP-Klassifikation zur Erfassung chronischer Schmerzen	32
Tabelle 2.2 Multiaxiale Schmerzklassifikation – Psychosoziale Dimension (MASK-P)	33
Tabelle 3.0 Tumorschmerzen in Abhängigkeit von pathophysiologischen Mechanismen	35
Tabelle 3.1 Therapieempfehlungen für ausgewählte Tumorschmerzsyndrome nach Schele (1997)	55
Tabelle 4.0 Palliative Versorgungsstruktur in der BRD (1999)	71
Tabelle 4.1 Betreuungsspektrum der ambulanten Hospizdienste und –initiativen in der BRD (1999)	72
Tabelle 4.2 Schmerz in 12 von 18 Lehrbüchern für die (Kinder-)Krankenpflege	83
Tabelle 4.3 Schmerz in vier von acht Lehrbüchern für Kinderkrankenpflege	84
Tabelle 4.4 Schmerz in drei von neun Lehrbüchern für Altenpflege	84
Tabelle 4.5 Schmerz/-therapie als Unterrichtsgegenstand in curricularen Grundlagen für die Kinder- und Krankenpflegeausbildung	85
Tabelle 4.6 Beiträge zum Thema "Schmerz" in neun Pflegefachzeitschriften (1989 bis 1999)	87
Tabelle 5.0 Patienten-/Angehörigenedukation in acht von 35 Lehrbüchern für Pflegeberufe	101
Tabelle 5.1 Beiträge zu (Teil-)Aspekten der „Patienten-/Angehörigenedukation“ in neun Pflegezeitschriften (1989 bis 1999)	103
Abbildungen	
Abbildung 1.0 Tumorschmerztherapie nach dem Stufenschema der WHO (1986)	51
Abbildung 2.0 Grundlegende Verfahren und gestuftes Vorgehen der Tumorschmerztherapie nach Strumpf und Zenz (1989)	53