




ELISABETH  
KÜBLER-ROSS AKADEMIE  
**HOSPIZ**  
STUTT GART



Palliative Care Tipps für alle  
**Schmerzarbeit**  
Barbara Strohal, Susanne Haller

## Schmerz

Schmerz kann alle Lebensbereiche beeinflussen und dominieren. Die Lebenswelt verändert sich aufgrund von Sorge und Alarmbereitschaft. Die erste und wichtige Reaktion darauf stellt immer die körperliche Ursachenabklärung durch einen Arzt dar. Ergänzend zur ärztlichen Schmerztherapie kann für die Schmerzlinderung sehr viel getan werden. Mit dieser Broschüre möchten wir Ihnen das komplexe Phänomen „Schmerz“ erklären und Sie stärken, aktiv zu werden. Denn Hoffnung, Unterstützung und Perspektive sind immer gute Begleiter in schwierigen Zeiten.

**Schmerztherapie ist ein fundamentales Menschenrecht.** DGSS, 2007

Schmerz ist Ausdruck existenzieller Bedrohung und muss deswegen unbedingt gehört und gedeutet werden. Staudacher, Schmerzarbeit als palliativer Auftrag, 2017

Dieser Auftrag wird als Schmerzarbeit bezeichnet und richtet sich gemeinsam an den schmerzleidenden Menschen, sein persönliches Umfeld und das therapeutische Team. **Schmerzarbeit bedeutet Schmerzverstehen und achtsame Symptomarbeit. Ziel ist die Schmerzlinderung und -stabilisierung durch ganzheitliche Aufmerksamkeit. Das verbessert die Lebensqualität und hilft, unberechtigte Angstgefühle zu verdrängen.** Schlisio & Kopf, 2010

## Lebensqualität

Das individuelle Schmerzerleben steht immer im Mittelpunkt: **Aussagen des schmerzleidenden Menschen sind immer ernst zu nehmen.** Lexa, 2015

Schmerzen können sich auf alle Lebensbereiche auswirken. Dabei beeinflussen sie die Lebensqualität in Abhängigkeit zu den folgenden Aspekten unterschiedlich stark

- Selbstwert
- Zielerreichung
- Lebensfreude
- Selbständigkeit
- Autonomie
- Sinn
- Soziale Beziehungen
- Persönliches Wachstum Remmers, 2018

Um die bestmögliche Lebensqualität zu erreichen und rechtzeitig reagieren zu können, ist ein regelmäßiger Austausch über die Zufriedenheit in den Lebensbereichen wichtig (Schmerzarbeit).

Schlisio & Kopf, 2010

## Schmerzverständnis in Palliative Care:

- Schmerzlinderung
- Schmerzverständnis

Um chronische Schmerzen zu lindern und zu verstehen, bedarf es des **Total-Pain-Konzeptes**, welches Schmerz als Gesamtausdruck von Leid auf körperlicher (physischer), psychischer, sozialer und spiritueller Ebene beschreibt.

Schwermann, 2017

Je intensiver Menschen seelisch leiden, desto stärker empfinden sie körperlichen Schmerz. Die Sensibilität eines Menschen für Schmerz ist bestimmt durch seinen emotionalen Zustand: Angst und Depression erhöhen das Schmerzempfinden. Gatchel et al., 2005

Bei **Tumorerkrankungen** steht die Schmerzprävention als notwendige Intervention an erster Stelle. Die präventive Schmerzbehandlung hat das Ziel „die individuellen Kompetenzen und psychosozialen Ressourcen der Patienten zur Bewältigung des Lebens mit und trotz Schmerz zu fördern.“

DNQP, 2020

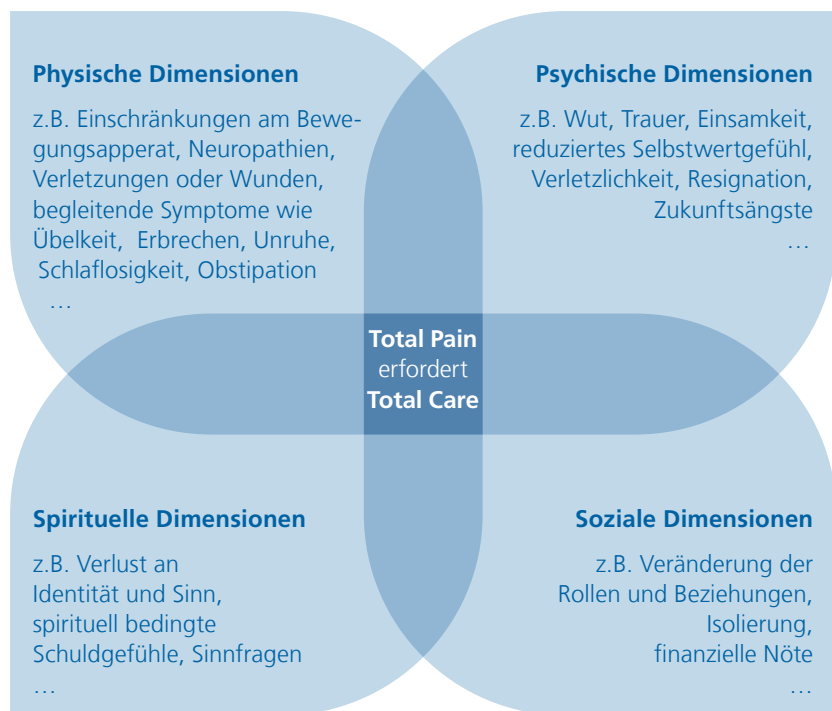
## Das Total-Pain-Konzept

in Anlehnung an Becker-Ebel, 2016

Das Total-Pain-Konzept wurde in den 1960er Jahren durch Cicely Saunders entwickelt. Saunders setzte sich in der Palliativversorgung und Hospizbewegung für ein ganzheitliches Menschen-

bild ein. Die Multidimensionalität des Schmerzes dient heute als ein zentrales Konzept, welches nicht ausschließlich im Rahmen der Palliativversorgung genutzt wird.

Schwermann, 2017



## Wahrnehmen der Symptome

Mit den folgenden Fragen kann von An-/Zugehörigen eine gezielte Schmerzbeobachtung durchgeführt werden, um die Situation besser einschätzen und benennen zu können. Aufmerksamkeit und der sensible Umgang mit der schmerzbelasteten Person sind hierfür Voraussetzung. Auch eine empathische Grundhaltung und vertrauensvolle Beziehung zu dem Betroffenen sind wesentlich für die Beobachtung, Einschätzung und Bewertung des Schmerzerlebens – auch bei Menschen mit Demenz.

Lexa, 2015

### Veränderungen in der Mimik

- Wie ist der Gesichtsausdruck: Eher (schmerz-)verzerrt oder entspannt, traurig oder ängstlich?
- Hier ist auf Stirnrunzeln, Zucken der Mundwinkel, schnelles Blinzeln, zusammengekniffene Augen oder einen abwesenden Blick zu achten.

### Veränderungen in Körperhaltung, Gestik und Bewegung

- Liegt ein erhöhter Muskeltonus vor (Anspannung/ starre Haltung)?
- Sind die Bewegungen verlangsamt oder beschleunigt? Hat sich das Gangbild verändert (Schonhaltung)?
- Hat sich der Bewegungsradius sehr verändert?

### Veränderungen im Verhalten

- Ist das Verhalten abweisend oder aggressiv? Zieht sich die schmerzleidende Person zurück oder möchte zunehmend in Ruhe gelassen werden?
- Gibt es veränderte Verhaltensweisen, Verhaltensauffälligkeiten (herausforderndes Verhalten)? Gewohnheitsänderungen oder ist eine Verwirrtheit bemerkbar?

- **Veränderungen in der Sprache**
- Sind verbale Äußerungen durch Stöhnen, Jammern oder Weinen zu vernehmen?

- Hört sich die Stimme geschwächt an?

### Veränderung der Vitalzeichen

- Ein erhöhter Blutdruck, ein beschleunigter Puls oder eine beschleunigte Atmung können Hinweise auf starke Schmerzen sein.

### Veränderungen des Ernährungszustandes und des Körpergewichts

- Übelkeit, Erbrechen, Durchfall und Appetitlosigkeit bis hin zur Nahrungsverweigerung sind häufige Begleiter bei starken Schmerzen.

### Veränderungen beim Tag-Nacht-Rhythmus

- Nicht schlafen können wegen Schmerzen oder Begleitsymptomen.
- Ausgeprägte Müdigkeit seit der fortschreitenden Krankheit (Fatigue).
- Depressive Verstimmung, Ängste können den erholsamen Schlaf stören.
- Entspannung/innere Ruhe fehlt aufgrund der Alarmbereitschaft und Sorgen.

### Veränderungen in der sozialen Teilhabe

- Ist ein sozialer Rückzug zu bemerken?
- Kommuniziert die schmerzleidende Person weniger/anders als in der früheren Biografie?

## Verstehen der Ursachen

„Das Wichtigste ist vielleicht, dass wir Schmerzen als Kommunikation verstehen, als Möglichkeit eines Menschen, in einer hilflosen Situation zu reagieren.“

*Student & Napiwotzky, 2011*

### 1. Schmerzarten

Schmerzen unterscheiden sich in der Dauer und in der Therapie. Je nachdem, wie lange sie andauern, werden sie als akute oder chronische/chronifizierte Schmerzen bezeichnet. *Lexa, 2015*

Bei Tumorerkrankungen können die Schmerzursachen tumor- oder therapiebedingt oder auch komplett unabhängig vom Tumorgeschehen sein. *Schulz-Quach et al., 2019*

#### 1.1 Akute Schmerzen:

Sie treten plötzlich auf und dauern nur kurze Zeit an (z.B. Verletzung, Verbrennung, Entzündung). Der Schmerz kann meist auf eine konkrete Ursache zurückgeführt werden.

#### 1.2 Chronische Schmerzen

Sie bestehen schon 3–6 Monate, sind kontinuierlich vorhanden oder kehren immer wieder. Sie sind schlecht lokalisierbar. Chronische Schmerzen sind ein eigenes Krankheitsbild (chronische Schmerzkrankheit).

### 2. Schmerzeinschätzung

Mithilfe von Fragen kann die aktuelle Schmerzsituation differenziert betrachtet werden (Assessment). Es bedarf Zeit, Konzentration und aufmerksamen Zuhörens, um mit den folgenden Fragen in einen vertrauensvollen Dialog zu treten:

- Wo haben Sie Schmerzen (Lokalisation)?
- Wie stark sind die Schmerzen (Ruhe/Bewegung)? Erklärung der Schmerzintensitätsmessung unter Punkt 3 in der Broschüre.

- Wie erleben Sie den Schmerz (den Schmerz in eigene Worte fassen)?

*Möglichkeiten zum Nachfragen zur Schmerzqualität: ausstrahlend, stechend, pochend, einschließend, dumpf ...*

- Welche Begleitsymptome bringt der Schmerz mit sich?

*Möglichkeiten zum Nachfragen: Wirken sich die Schmerzen auf den Schlaf, den Appetit, die Stimmung und Beziehungen aus?*

- Was verschlimmert die Schmerzen?

*Möglichkeiten zum Nachfragen: Bewegung, pflegerische Tätigkeiten ...*

- Was hilft Ihnen/hat Ihnen immer gegen Schmerzen geholfen (biografische Bezüge)?

*Möglichkeiten zum Nachfragen: Ruhe, Entspannung, Ablenkung ...*

- Wirken sich die Schmerzen auf Ihren Alltag aus?

*Möglichkeiten zum Nachfragen: auf Ihre Selbstständigkeit, Ihre Lebensfreude, das Miteinander?*

- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Schmerzsituation?

- Was ist Ihnen wichtig in Bezug auf die Schmerzbehandlung: Ziel?

- Welches Zeitintervall ist Ihnen wichtig, um das Thema Schmerz wieder gemeinsam zu besprechen?

*in Anlehnung an den Fragebogen der Deutschen Schmerzgesellschaft (Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., 2015)*

Aus den Antworten können individuelle Prioritäten und Ziele abgeleitet werden. Unter dem Aspekt Schützen sind hier in der Broschüre unterstützende Maßnahmen aufgeführt.

### 3. Schmerzintensitätsmessung

Die Schmerztoleranz ist individuell. Mithilfe regelmäßiger Schmerzintensitätsmessungen kann kontrolliert werden, ob sich trotz Schmerzen eine stabile Situation für die schmerzleidende Person entwickelt hat. Vor allem, wenn an den Medikamenten oder der Therapie etwas verändert wurde oder Nebenwirkungen auftreten sind Verlaufskontrollen unerlässlich. *Knipping, 2017*

Die Schmerzintensitätsmessung soll regelmäßig mit Schmerzskalen durchgeführt werden, um die Zufriedenheit der schmerzleidenden Person zu erfassen *Schulz-Quach et al., 2019*

Für die Selbsteinschätzung zur Schmerzintensität stehen u.a. folgende Skalen zur Auswahl:

- Visuelle Analogskala (VAS)
- Numerische Ratingskala (NRS)
- Verbale Ratingskala (VRS)

Für die Fremdeinschätzung zur Schmerzintensität stehen u.a. folgende Skalen zur Auswahl: *Gerhard, 2010*

- BESD (Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)
- ZOPA (Zurich Observation Pain Assessment) für neurologische Erkrankte, welche die herkömmlichen Skalen nicht mehr benutzen können.

Um Schmerzspitzen zu vermeiden, ist es wichtig, zu kommunizieren, ab welchem Skalenwert dringender Handlungsbedarf besteht (z.B. Einnahme der Schmerzbedarfsmedikation).

#### 3.1 Visuelle Analogskala (VAS):

Die VAS besteht aus einer geraden, 10cm langen Linie, an deren Enden die Pole „kein Schmerz“ und „stärkster vorstellbarer Schmerz“ markiert sind. Die schmerzleidende Person kann damit nun die von ihr empfundene Schmerzintensität angeben.

#### 3.2 Numerische Ratingskala (NRS):

Die NRS besteht aus einer Skala von 0 (= kein Schmerz) bis 10 (= maximal, stärkster vorstellbarer Schmerz). Innerhalb dieser Werte kann die schmerzleidende Person die aktuelle Schmerzintensität zuordnen. Die Skala ist sehr einfach zu bedienen. Sie kann als Lineal angewendet oder einfach auf ein Blatt Papier gezeichnet werden – es geht auch, dass die Skala sich gedanklich vor Augen geführt wird.

#### 3.3 Verbale Ratingskala (VRS):

Die VRS gibt festgelegte Begrifflichkeiten vor, mit welchen dann die schmerzleidende Person ihre aktuelle Schmerzstärke festlegt: Keine Schmerzen – leichte Schmerzen – mäßige Schmerzen – starke Schmerzen – sehr starke Schmerzen. *Lexa, 2015*

### 4. Schmerztagebuch

Bei chronischen Schmerzen kann es sinnvoll sein, ein Schmerztagebuch zu führen:

- Wo, wann, wie stark und in welchem Zusammenhang sind die Schmerzen aufgetreten?
- Wann wurden welche Medikamente in welcher Dosierung eingenommen?
- Haben sich Begleitsymptome oder Nebenwirkungen ergeben?

Dieses Schmerztagebuch kann den betreuenden Arzt und das therapeutische Team konkret in seiner Therapieanpassung unterstützen.

## 5. Angehörige leiden mit

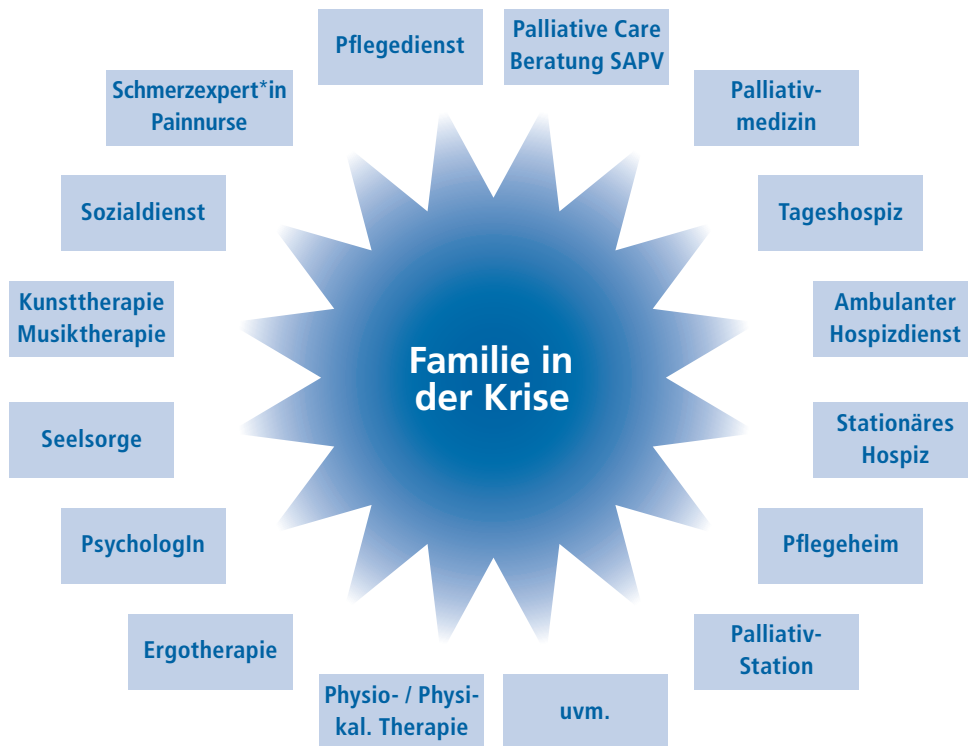
Angehörige sind zwar nicht selbst erkrankt, aber doch mit betroffen, da der gesamte Lebensentwurf der Familie in Mitleidenschaft gezogen ist. Was für die Selbstsorge wichtig ist?

- Ausreichende Ruhepausen, Schlaf und Erholungsphasen.
- Regelmäßiges ausgewogenes und gesundes Essen.

- Frische Luft, Licht und Bewegung.
- Entspannte, verbindliche Beziehungen und Dialog.
- Eigene Spiritualität.
- Tiere und Hobbys *Schnell & Schulz-Quach, 2019*
- Hilfenetzwerk kennen lernen und nutzen, damit die Familie eine Krise angemessen bewältigen kann (Ressourcenspektrum):

## Multidisziplinäres Palliative-Care-Team: Netzwerk und Ressourcenspektrum

*Knipping, 2006*



## Schützen vor körperlichem, psychischem, spirituellem und sozialem Schmerz

### Kommunikation

„In Situationen, die auf den ersten Blick ‚ohne Zukunft‘ erscheinen, brauchen Menschen Gesten, Worte, Bilder und Symbole, die Hoffnung zum Ausdruck bringen“.

*Staudacher, 2017*

Hoffnung wächst im Erleben von Aufmerksamkeit, Verbundenheit, Gemeinschaft und Dialog.

*Staudacher, 2017*

*Erläuterung: Indem wir Gespräche führen und kommunizieren, treten wir mit anderen Menschen in Beziehung und alle Sinne sind dabei beteiligt: Die Kommunikation erfolgt über Worte und Tonfall, über Verständigung durch Mimik & Gestik, über Verhalten und Berührungsqualitäten. Zugewandte Gespräche stellen eine therapeutisch-wirksame Intervention dar, da Betroffenen und Angehörigen die Aufmerksamkeit zukommt, welche diese aktuell brauchen. Die Betroffenen sollen an Entscheidungen über das Schmerzmanagement und an der Entwicklung von Bewältigungsstrategien aktiv beteiligt sein. „Solidarität ist die unverzichtbare menschliche Grundlage der Schmerztherapie“.*

*Staudacher, 2017, S.27*

### Praxis:

- Personenzentrierte Gesprächsführung mit aktivem Zuhören bringt Entspannung in die Behandlung. *DNQP, 2020*
- Regelmäßige Gesprächstermine: Engagement und Verbindlichkeit zeigen, gemeinsam Strategien entwickeln. „Hoffnung macht Menschen fähig, sich Schwierigem, Leidvollem und Bedrohlichem zu stellen und es zu überwinden“.

*Staudacher, 2017*

- Solidarität und Unterstützung signalisieren: die seelische und emotionale Isolation kann durchbrochen werden und Entlastung stellt sich ein für die betroffene Person: *Staudacher, 2017*

Integration der betroffenen Person.

- Evaluation der Schmerzsituation durch regelmäßige Schmerzassessments.

### Medikamentöse Schmerztherapie

Seit der Einführung des Stufenschemas durch die WHO gibt es eine klare Orientierungshilfe in der Schmerztherapie, sodass bei den meisten schmerzleidenden Personen eine zufriedenstellende Schmerzeinstellung gelingt. Diese Orientierungshilfe beinhaltet auch die vorbeugende Behandlung von Nebenwirkungen, wie Übelkeit, Obstipation und Ulcusprophylaxe. *Schulz-Quach et al., 2019*

*Erläuterung: Es bestehen oft Vorbehalte gegenüber Schmerzmedikamenten, Ängste vor Nebenwirkungen, Wirkverlusten oder Angst davor, dass die Schmerzmedikation die Wahrnehmung neuer Schmerzen beeinträchtigt. Hier ist es sehr wichtig, dass diese Ängste kommuniziert werden und gemeinsam nach individuellen Lösungen gesucht wird.*

*Doll, 2017*

*Insbesondere Schmerzspitzen sollen durch das Einhalten der zeitlichen Abstände der Schmerzmittelgabe und einer adäquaten Bedarfsmittelgabe vermieden werden.*

*DNQP, 2020*

## Praxis:

- Zeit- und fachgerechte Verabreichung von Schmerzmitteln nach Arztanordnung.
- Beobachtung und Dokumentation der Schmerzmittelwirkung und des Schmerzverlaufs.
- Überwachung und Evaluation der medikamentösen Therapie.
- Adäquate bzw. vorbeugende Gabe von Bedarfsmedikation (z.B. bei geplanten schmerzhaften Pflegehandlungen, wie Wundversorgungen, Mobilisation/ Positionierung).
- Beobachtung der schmerzleidenden Person auf schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen.
- Interprofessionelles Netzwerk und Zusammenarbeit mit Vor-Sicht und Rück-Sicht.

Heller, 2017

## Physikalische Therapie (Kälte-/Wärmeanwendungen)

DNQP, 2020

Kälte- und Wärmeanwendungen haben Einfluss auf das Schmerzempfinden.

*Erläuterung: Wärmetherapie hat die Eigenschaft, dass sie beruhigt und entspannt, Verspannung der Muskulatur löst, Dehnbarkeit von Sehnen und Bändern fördert und die Durchblutung anregt.*

*Kältetherapie findet insbesondere bei akuten Schmerzen (nach schmerzhaften Verletzungen, wie z.B. nach einer Prellung, einem Knochenbruch oder bei Schnittverletzungen, welche Schwellungen nach sich ziehen) ihre Anwendung. Kälte kann eine schmerzlindernde Wirkung und einen verminderten Analgetikabedarf herbeiführen.*

## Praxis:

- Wärme nicht bei akuten Entzündungen!
- Wärme in Form von temperierter Auflage, als Getreide- oder Kirschkernsäckchen oder *warmpack*/Wärmeflasche eingehüllt in einen Bezug oder ein Handtuch.
- Kälteanwendung in Form von Eispackungen (*coldpacks*), Kältekompressen oder Magerquark eingehüllt in einen Waschlappen oder ein Handtuch.
- Weitere Behandlungsmöglichkeiten siehe unter „Äußere Anwendungen“ als nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

## Schmerzbezogenes Selbstmanagement stärken

Das Erleben von Schmerzen stellt für uns Menschen einen Kontrollverlust dar. Diesem Kontrollverlust kann entgegen gewirkt werden, wenn die schmerzleidende Person sich aktiv an der Schmerzarbeit beteiligt und die Fäden selbst in die Hand nehmen kann. Damit sich der schmerzleidende Mensch aktiv und selbstverantwortlich an der Schmerzbehandlung beteiligen kann, nimmt Information, Anleitung und Beratung eine wichtige Rolle ein.

Doll, 2017

*Erläuterung: „Unter Selbstmanagement versteht man die Fähigkeit, eigene Symptome zu managen und Therapien fortzusetzen und dabei körperliche und psychosoziale Auswirkungen einer Erkrankung in den Lebensalltag zu integrieren.“*

Doll, 2017, S. 21

## Praxis:

Erlernen der Fähigkeit zur Selbstwahrnehmung, Wissen über Schmerzmedikamente, emotionale Anpassung zum Schmerz, Verhaltensanpassungen um z.B. Schmerzauslöser zu vermeiden,

Anleitung von Angehörigen, Hilfe und Beratung von Pflegefachpersonen.

Siehe Multidisziplinäres Palliative-Care-Team: Netzwerk.

## Beratung

Suche nach praktikablen und individuelle Lösungen.

Beratung orientiert sich immer an den Anliegen und Zielen des Patienten.

Nutzen eigener Ressourcen bzw. Kraftquellen.

Erkennen und Einhalten von Grenzen.

## Nicht-medikamentöse Schmerztherapie

### 1. Äußere Anwendungen

Pflegetherapien wirken über unser größtes Sinnesorgan, die Haut, tief auf den Menschen ein. Das Zusammenspiel von ruhiger menschlicher Berührung und/oder wirksamen Substanzen lässt einen nonverbalen Dialog entstehen: Heilsame Wirkung, Entspannung, Stärkung und Trost durch menschliche Berührung und Aufmerksamkeit.

WALA, 2011

- Die Atmung wird regelmäßiger und vertiefter
- Die Erleichterung und Entspannung geht bis in den Schlaf hinein
- Die Verdauung reguliert sich
- Der Körper wird besser durchblutet und erwärmt
- Schmerzen werden gelindert
- Die eigene Körpergrenze wird bewusst erlebt, es bildet sich eine Hülle um den eigenen Körper

*Erläuterung: Wickel, Auflagen und Einreibungen können Beschwerden*

*lindern und Therapien unterstützen. Durch äußere Anwendungen wird die schmerzleidende Person mit einbezogen: es werden Impulse für ein gesundes Gleichgewicht gegeben und somit die Selbstheilungskräfte angeregt.*

WALA, 2018

## Praxis:

Einreibungen und Massagen erzeugen kutane Stimulationen

- Lokale Einreibungen: eine Substanz, die wirken soll, wird direkt auf eine erkrankte Körperpartie aufgetragen (z.B. Rückeneinreibung mit Schmerzöl oder Schmerzsalbe).

- Prophylaktische Einreibung: z.B. Atemstimulierende Einreibung zur Pneumonieprophylaxe, Dekubitus- und Thromboseprophylaxe während der täglichen Waschung.

Therapeutische Waschungen wirken durch Berührung und Substanzen über die Haut:

- Aktivierend mit Zitrone
- Beruhigend mit Lavendel
- Kräftigend mit Rosmarin

Warme Öl-/ Salbenkomresse z.B. mit Aconitschmerzöl, Rosmarinöl, Johanneskrautöl, *Aurum Lavandula comp.* Creme o.ä.:

1) Vorbereitung und Material:

- ein Substantuch (aus Leinen oder Baumwolle)
- ein Innentuch, um das Substantuch zu befestigen und die Wärme zu speichern
- ein Außentuch, rein für die Wärmespeicherung.

## 2) Anwendung:

- Substanztuch in Gefrierbeutel und 15ml von dem gewünschten Öl in den Beutel auf das Tuch geben. Das Ganze zwischen zwei Wärmflaschen erwärmen. Das Substanztuch aus dem Beutel auf die betroffene Stelle legen, z.B. auf den Bauch, mit Innentuch befestigen. Danach das Außentuch zirkulär wickeln. Die Ölkompresse bleibt mindestens 20 Minuten auf der Körperregion und kann 1–3x täglich angewendet werden.

## 3) Grundsätzliches:

- Toilettengang vor der Anwendung.
- Auflagenzeit ist Ruhezeit: angenehme Atmosphäre schaffen!
- Auf bequeme Lagerung und Nachruhe achten.

## 2. Basale Stimulation

Bei beeinträchtigter Wahrnehmung, Kommunikation oder Bewegung kann bei der schmerzleidenden Person das Konzept der Basalen Stimulation eingesetzt werden. Durch Angebote kann es zum Austausch mit der Umwelt und zur Regulation eigener Bedürfnisse kommen. Dies wirkt sich schmerzlindernd aus. Lexa, 2015

*Erläuterung: Die Basale Stimulation geht davon aus, dass der Körper immer in der Lage ist, sich zu äußern (durch Atmung oder Muskelspannung, und der Körper immer ansprechbar ist für Berührungen, Temperaturunterschiede, Lageveränderungen und Sinnesreize).*

### Praxis:

- Auditorische Erfahrung: für bekannte und geliebte Geräusche sorgen (biografische Bezüge), Ansprache von Angehörigen.

- Visuelle Erfahrung für die Orientierung.
- Orale und olfaktorische Erfahrung (Lieblingsnahrungsmittel, vertraute Gerüche).
- Somatische Erfahrung: Kommunikation durch Berührung.
- Vibratorische Erfahrung fördert die Wahrnehmung der Gliedmaßen, Knochen und Gelenke.
- Weitere Behandlungsmöglichkeiten siehe unter „Äußere Anwendungen“ als nicht-medikamentöse Schmerztherapie.

## 3. Transkutane elektrische Nervenstimulation (TENS) DNQP, 2020

TENS ist eine Reizstromtherapie, die eine lokale Schmerzlinderung durch elektrische Impulse erzielen kann.

*Erläuterung: Über Hautelektroden werden elektrische Reize über die Haut (transkutan) ins Schmerzgebiet geleitet. Dadurch werden die dort liegenden Nervenendigungen und die Muskulatur elektrisch stimuliert und durch das Prinzip der Gegenirritation wird der eigentliche Schmerz gelindert.* Lexa, 2015

### Praxis:

Da es Kontraindikationen für die Anwendung von TENS gibt, werden die Praxishinweise in dieser Broschüre nicht aufgeführt. Es bedarf einer individuellen Beratung dazu.

siehe Multidisziplinäres Palliative-Care-Team: Netzwerk.

## 4. Aromatherapie DNQP, 2020

Ätherische Öle können z.B. schmerzlindernde, durchblutungsfördernde, erwärmende, entzündungshemmende, anästhesierende, angstlösende, beruhigende, kräftigende (Psyche), aufhellende (Stimmung) Wirkungen entwickeln. Je nach Indikation wird das passende ätherische Öl für die Therapie ausgewählt und auf Verträglichkeit geachtet.

*Erläuterung: Die Öle entfalten ihre Wirkung über den Geruchssinn und/oder über den Hautkontakt.*

### Praxis:

- Aromalampe: eine Wasserschale wird mit Wasser gefüllt. Wieviel Tropfen des ätherischen Öles hinzugefügt werden, richtet sich nach der Größe des Raumes (Bsp.: 10–15qm Raumgröße: 1° ätherisches Öl).
- Badezusätze: Das ätherische Öl wird mit einem Emulgator vermischt (z.B. Sahne oder Milch) und anschließend ins Waschwasser oder Vollbad gegeben. Für ein Vollbad werden 10° ätherisches Öl in einem halben Becher Emulgator verwendet.
- Massageöl: vor der Anwendung werden etwa 10–25° ätherisches Öl mit 100ml Trägeröl (z.B. Mandelöl, Olivenöl) gemischt. Lexa, 2015

## 5. Gezielte Ablenkung und Entspannung

Das Schmerzerleben über das Gehirn kann durch Ablenkung, Beschäftigung oder Entspannung beeinflusst und positiv verändert werden. Lexa, 2015

*Erläuterung: Durch Ablenkung und Entspannungstechniken wird Schmerz weniger wahrgenommen: zum einen durch direkte Entspannung der Muskulatur und zum anderen durch Herabsetzung der Schmerzaktivität im*

*Gehirn. Die Ablenkung und Entspannung kann durch Gewohnheiten entstehen: Beschäftigungen, Hobbys, Bewegung, Sport, Lesen, Fernsehen und vieles mehr (biografische Bezüge). Immobile, Bettlägerige oder kognitiv eingeschränkte Personen benötigen eine Ablenkung von außen.*

### Praxis:

Ablenkung von außen zum Beispiel durch:

- Elemente aus der Basalen Stimulation (s.o.).
- Atemmeditation oder Heilmeditation bringen Erleichterung und Linderung bei chronischen Schmerzen. Hoffmann, 2014
- Autogenes Training oder Progressive Muskelentspannung nach Jacobson.
- Gebet
- Gedankenreise an Lieblingsorte
- Beschäftigung oder Programm nach persönlichen Interessen.
- Natur, frische Luft, Naturgeräusche
- Musik und Kunst
- Umgebungsgestaltung
- Bewegungsübungen, körperliche Aktivität, Mobilitätsförderung DNQP, 2020

Die Schmerzarbeit ist sehr komplex, vielseitig und individuell. Entscheidend für die Wirksamkeit der Maßnahmen ist tatsächlich das ruhige Umfeld, die Begleitung, Beobachtung und Evaluation der Maßnahme und das sichere Umfeld (Netzwerk) für die schmerzleidende Person und deren An- und Zugehörige.

## Literaturangaben

- Becker-Ebel, J. (2016). *Palliative Care in Pflegeheimen. Wissen und Handeln für Pflegekräfte*. (4. Auflage). Hannover: Schlütersche.
- Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS). (2007). Schmerz in Deutschland. Von <http://www.wernerschell.de/Medizin-Infos/Sozialmedizin/EthikCharta07.pdf> abgerufen am 24.08.2020.
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V. (Juni 2015). Deutscher Schmerzfragebogen – die Schmerzpraxis. Von [die-schmerzpraxis.de: www.die-schmerzpraxis.de/wp-content/uploads/2019/05/Schmerzfragebogen.pdf](http://www.die-schmerzpraxis.de/wp-content/uploads/2019/05/Schmerzfragebogen.pdf) abgerufen am 24.08.2020.
- Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2020). *Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege*. (Aktualisierung 2020). Osnabrück: DNQP.
- Doll, A. (2017). *Edukation von Palliativpatientinnen und -patienten und ihren Angehörigen. Schmerz und Schmerzmanagement*, S. 21–25. Bern: Hogrefe.
- Gatchel, R., Peng, Y., Peters, M., Fuchs, P., & Turk, D. (2005). *The biopsychosocial approach to chronic pain: Scientific advances and future directions. Psychological Bulletin*(4), S. 581–624.
- Gerhard, C. (2010). [palliativ-portal.de. Von www.palliativ-portal.de/images/pdf/astup\\_schmerz.pdf](http://www.palliativ-portal.de/images/pdf/astup_schmerz.pdf) abgerufen am 24.08.2020.
- Heller, A., Knipping, C. (2017). *Palliative Care – Haltungen und Orientierungen*. In Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D., Monteverde, S. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe, S. 50–58.
- Hoffmann, U. (2014). *Mini-Meditationen*. München: Gräfe und Unzer Verlag GmbH.
- Knipping, C. (2006). *Lehrbuch Palliative Care*. Bern: Hogrefe.
- Knipping, C. (2017). *Reflexionen zum Schmerzassessment in der Pflege*. In Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D., Monteverde, S. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe, S. 207–218.
- Lexa, N. (2015). *Schmerzmanagement*. In Thieme, I *Care* (S. 687–704). Stuttgart: Thieme.
- Remmers, H. (2018). *Ethik in der Pflege*. In Riedel, A., Linde, A.-C. (Hrsg.): *Ethische Reflexion in der Pflege. Konzepte-Werte-Phänomene*. Berlin: Springer, S. 3–11.
- Schlisio, B., & Kopf, A. (2010). *Schmerztherapie in der Palliativmedizin*. In B. Schlisio, A. Kopf, T. Standl, J. Schulte am Esch, R.-D. Treede, M. Schäfer, & H. J. Bardenheuer (Hrsg.), *Schmerztherapie*. Stuttgart: Thieme, S. 497–504.
- Schnell, M.W., Schulz-Quach, C. (2019). *Der Mensch als sterbliches Wesen und die Diversität am Lebensende*. In: Schnell, M.W., Schulz-Quach, C. (Hrsg.): *Basiswissen Palliativmedizin*. (3. Auflage). Berlin: Springer, S. 17–23.
- Schulz-Quach, C., Schmitz, A., Zehnder-Kiworr, C., Bausewein, C., Rémi, C., Rémi, J., ... Alt-Eppig, B. (2019). *Symptome in der Palliativmedizin*. In: Schnell, M.W., Schulz-Quach, C. (Hrsg.): *Basiswissen Palliativmedizin*. (3. Auflage). Berlin: Springer, S. 43-110.
- Schwermann, M. (2017). *Fallbesprechungen auf der Grundlage des Total-Pain-Konzeptes in palliativen Versorgungsstrukturen. Schmerz und Schmerzmanagement*; 4, 7–10.
- Staudacher, D. (2017). *Die ersehnte Hoffnung. Schmerz und Schmerzmanagement*; 4, 26–28.
- Staudacher, D. (2017). *Schmerzarbeit als palliativer Auftrag*. (2017). In Steffen-Bürgi, B., Schärer-Santschi, E., Staudacher, D., Monteverde, S. (Hrsg.): *Lehrbuch Palliative Care*. (3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage). Bern: Hogrefe, S. 190–192.
- Student, J.-C., & Napiwotzky, A. (2011). *Palliative Care wahrnehmen – verstehen – schützen*. Stuttgart: Thieme.
- WALA Arzneimittel. (2011). *Pflege Kompendium*.
- WALA Arzneimittel. (2018). *Pflege Kompendium*.





Die Palliative Care Tipps geben allgemeine Hinweise auf Möglichkeiten, wie mit bestimmten Symptomen umgegangen werden kann. Jede Maßnahme ist im Einzelfall mit den Betroffenen, dem betreuenden Pflegepersonal und ggf. mit der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt abzustimmen.

Alle Palliative-Care-Tipps stehen zum Download bereit unter: [www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de/palliative-care-tipps](http://www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de/palliative-care-tipps)

### Die Autorinnen:

Strohal, Barbara: Gesundheits- und Krankenpflegerin, Palliative-Care-Fachkraft, B.Sc. Pflegewissenschaft, Bildungsreferentin der Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie® für Bildung und Forschung des HOSPIZ STUTTGART

Haller, Susanne; Leiterin der Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie® für Bildung und Forschung des HOSPIZ STUTTGART

Stand: 2021



Elisabeth-Kübler-Ross-Akademie®  
für Bildung und Forschung\*  
Diemersaldenstraße 7–11, 70184 Stuttgart  
Leitung: Susanne Haller  
Sekretariat: Gabi Weiß  
Telefon +49 (0) 711/23741-811  
[g.weiss@hospiz-stuttgart.de](mailto:g.weiss@hospiz-stuttgart.de)  
[akademie@hospiz-stuttgart.de](mailto:akademie@hospiz-stuttgart.de)  
[www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de](http://www.elisabeth-kuebler-ross-akademie.de)

\*Gefördert durch die Addy von Holtzbrink Stiftung



Evangelische  
Kirche  
in Stuttgart