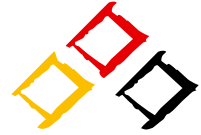




Deutscher Schmerzkongress
Berlin 2007



Schmerz in Deutschland

ETHIK-CHARTA



Ethik-Charta der DGSS

Deutsche Gesellschaft zum Studium
des Schmerzes e.V.



Kurzfassung

2 | Kurzfassung

Thesen zur Ethik der Schmerztherapie

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

Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS)

Ethik-Charta – Kurzfassung

Mit der Ethik-Charta legt die DGSS ein Dokument vor, das ethische Orientierung in Grundsatzfragen und speziellen Herausforderungen im Umgang mit Schmerz bieten soll. Sie wendet sich an alle, die Schmerzen behandeln, an Schmerzen Leidende begleiten oder selbst davon betroffen sind.

Die gesamte Ethik-Charta ist kostenlos erhältlich bei der:

Geschäftsstelle der DGSS

Obere Rheingasse 3

56154 Boppard

Telefon (06742) 8001-21

Fax (06742) 8001-22

E-Mail info@dgss.org

Grundlagen

Was ist Schmerz?

Schmerz verweist nicht nur als Symptom auf die Erregung schmerzvermittelnder (nozizeptiver) Strukturen. Er ist ein Phänomen, das eine physiologische Dimension sowie eine Bewusstseins- und eine Gefühlskomponente hat, die die Intensität und Art des Schmerzerlebens und des Schmerzverhaltens bestimmen. Hinzu kommt, dass die individuelle Schmerztoleranz auch von kommunikativen Gewohnheiten, historischen und psychosozialen Aspekten beeinflusst wird.

Was Schmerz nutzt

Schmerz hat eine wichtige Funktion zur Früherkennung von Schädigungen des Organismus. Ohne dieses Warnsystem bei möglichen Gesundheitsschäden wären Krankheit oder gar Tod die Folge. Wird die schmerzauslösende Störung aufgehoben, geht der Schmerz in der Regel zurück. Akuter Schmerz ist als Symptom wichtiger Hinweis auf eine auslösende Ursache. Hält der Schmerz länger an, verliert er seine Warnfunktion, er verselbständigt sich. Behinderungen und Einschränkungen auf der körperlichen, psychischen und sozialen Ebene sind die Folge.

Wenn Schmerz zur Krankheit wird

Aufgrund der vielfältigen Dimensionen des chronischen Schmerzes spricht man von einer bio-psycho-sozialen Schmerzkrankheit. Länger anhaltende Schmerzzustände führen auch zu nachweisbaren Veränderungen in den nervalen Strukturen, zu Lernprozessen und zur Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses. Rechtzeitige Therapie und Prävention von Schmerzen kann diese Chronifizierung vermeiden, unterbrechen oder rückgängig machen.

Wie muss man chronischen Schmerz behandeln?

Entsprechend der Schwere und Dauer der Schmerzkrankung ist ein gestuftes Vorgehen notwendig. Zunächst reicht die monodisziplinäre Diagnose und Therapie. Bei einem längeren Verlauf sollte ein entsprechend qualifizierter Facharzt (Zusatzbezeichnung „Spezielle Schmerztherapie“ oder Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“) aufgesucht werden.

Als letzte Stufe der Therapie ist dann ein ambulantes oder stationäres interdisziplinäres Zentrum, in dem gleichzeitig mehrere Disziplinen mit dem Patienten zusammenarbeiten, erforderlich.

Wie kann man der Schmerzkrankheit vorbeugen?

Eine wichtige Aufgabe der Schmerztherapie ist die adäquate Behandlung akuter Schmerzen und damit die Prophylaxe von chronischen Schmerzen.

Sonderfall Tumorschmerzen

Sowohl hinsichtlich Diagnostik als auch hinsichtlich Therapie unterscheiden sich Tumorschmerzen deutlich von Nichttumorschmerzen und auch von akuten Schmerzen. Während beim Tumorschmerz eine Verminderung des Schmerzlevels allein als ausreichender Therapieerfolg angesehen werden kann, stellt dies beim Nichttumorschmerz – z. B. beim Rückenschmerz – kein ausreichendes Maß dar. Während beim Tumorschmerz vielfach eine Monotherapie mit Schmerzmedikamenten ausreichend ist, erfordert der chronische Nichttumorschmerz eine umfassende Therapie der bio-psycho-sozialen Erkrankung. Neben körperlichen Methoden sind auch psychologische und soziale Methoden der Diagnostik und Therapie einzuführen.

Problemfall alternative Methoden

Häufiger als gesicherte alternative Methoden (wie Akupunktur) sind ungesicherte, wissenschaftlich unbewiesene Methoden in der Schmerztherapie anzutreffen. Dies gilt sowohl für alternative als auch für invasive und operative Methoden. Der Einsatz solcher Methoden ist ethisch abzulehnen und lediglich im Rahmen von kontrollierten Studien zu akzeptieren. Ebenfalls abzulehnen ist eine unangemessen hohe Liquidation für solche Außenseitermethoden.

Die Grundlage: Schmerz messen!

Schmerz sollte neben Blutdruck, Puls, Temperatur und Atmung als fünftes Vitalzeichen regelmäßig kontrolliert werden, mindestens in derselben Regelmäßigkeit wie Herzfrequenz und Blutdruck. Dadurch würden viele Situationen unentdeckter Schmerzen wegfallen und Möglichkeiten einer ausreichenden Schmerztherapie eröffnet.

Im Zweifel: sich und andere beraten

Ethik in der Medizin und Patientenversorgung heißt auch, Hilfestellungen zu geben, sei es im Einzelfall und kurzfristig durch ethische Beratung, durch mittelfristige Fortbildung oder Gremien wie klinische Ethikkomitees.

Schmerz und Religion

Die so genannten Weltreligionen sind in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung primär lebensbejahend und propagieren keine Kultur des Schmerzleidens. Eine effektive Schmerz- und Symptomkontrolle respektiert nicht nur die individuelle Spiritualität des Patienten; sie erkennt zudem in dem gelebten Glauben des Einzelnen ein Potenzial, den gewählten, notwendigen Behandlungsweg in seinem Verlauf positiv zu beeinflussen.

Umgang mit Sterbenden

In der Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten stehen die Hilfe und Linderung von Leiden im Vordergrund. Der Patient hat das Recht auf kompetente und zugewandte Pflege sowie Behandlung seiner Symptome. Die Tötung des Patienten ist in allen Ländern, außer den Niederlanden und Belgien, bei Strafe verboten, auch wenn der Kranke selbst den Arzt darum bittet. In Deutschland dürfen Behandlungen, die potenziell lebenserhaltend sind, unterlassen oder abgebrochen werden, wenn diese medizinisch nicht mehr sinnvoll erscheinen bzw. wenn dies dem Willen des Patienten entspricht.

Diese ethisch und rechtlich zulässigen Formen der Therapiebegrenzung (d.h. der Nichteinleitung oder Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen in terminalen Erkrankungssituationen) werden jedoch zu wenig (an)erkannt und praktiziert: Ein Teil der Ärzte kann diese nicht klar von unzulässigen Formen unterscheiden oder scheut davor zurück, dafür Verantwortung zu übernehmen. Ähnlich sieht es bei der konsequenten Behandlung von Schmerzen oder anderen Leiden am Lebensende aus. Eine symptomori-

enterte, angemessene Medikation sollte aber nicht daran scheitern, dass Ärzte die Grenze zwischen erlaubt und verboten nicht ziehen können oder dies nicht zu tun wagen. Faktisch ist dies häufig eines der Probleme in der Sterbebegleitung und bei der Durchführung leidenslindernder Therapien am Lebensende, die eine konsequente Symptomkontrolle zum Ziel haben müssen. Diese sind auch dann nicht verboten, wenn eine Medikation den Sterbeprozess beschleunigen sollte. Solche Maßnahmen sind ethisch und rechtlich zulässig, solange sie das Ziel der Linderung verfolgen und nicht darauf abzielen, den Tod herbeizuführen.

Aus- und Weiterbildung

Die Aus-, Weiter- und Fortbildung über Schmerzdiagnostik und -therapie ist in Deutschland unzureichend. Schmerztherapie ist nicht Pflichtfach im medizinischen Staatsexamen; sie kann lediglich als Wahlfach angeboten werden. Damit ist nicht gewährleistet, dass die jungen Ärzte die Universitäten mit ausreichendem Wissen über Schmerzdiagnostik und -therapie verlassen. In der Palliativmedizin ist dieses Defizit erkannt worden. So hat das Land Niedersachsen einen Antrag gestellt, Palliativmedizin zukünftig in die Approbationsordnung aufzunehmen. Ein solcher Vorstoß wäre aber unzureichend, ohne gleichzeitig die Schmerztherapie ebenfalls in der Approbationsordnung zu verankern.

Dieses Defizit setzt sich in der Weiterbildungsordnung für Fachärzte fort. Es besteht die Gefahr, dass eine ganze Reihe von Fachärzten, die regelmäßig Schmerzen diagnostizieren und behandeln, nur unzureichend über die Möglichkeiten der Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie weitergebildet sind. Dass es mittlerweile die ärztlichen Zusatzweiterbildungen „Spezielle Schmerztherapie“ und „Palliativmedizin“ gibt, belegt die Notwendigkeit, für alle Fachärzte eine prüfungsrelevante Grundlagenweiterbildung in Schmerztherapie und Palliativmedizin zu schaffen.

Thesen zur Schmerztherapie bei Patienten mit akuten und perioperativen Schmerzen

1. Die Schmerzbehandlung von Patienten nach Verletzungen und Operationen weist in Deutschland immer noch gravierende Defizite auf.
2. Etwa 30% Prozent der Patienten sind mit der perioperativen Schmerztherapie unzufrieden.
3. Eine gute postoperative Schmerztherapie fördert die frühzeitige Mobilisierung und Erholung, senkt die Komplikationsrate und verkürzt die Verweildauer auf der Intensivstation und im Krankenhaus.
4. Allein Schmerz als fünftes Vitalzeichen zu prüfen, reicht nicht aus. Auch mögliche Nebenwirkungen der Therapie und die körperliche Funktion sind zu prüfen.
5. Durch eine effektive postoperative Schmerztherapie können Behandlungskosten erheblich gesenkt werden.
6. Akutschmerzdienste gehören in jedes Krankenhaus.

Thesen zur Schmerztherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen

1. Schmerz ist ein Bewusstseinsphänomen, das sich in den Dimensionen der Wahrnehmung, des Verhaltens und Erfahrung ausdrückt.
2. Schmerz hat stets auch eine kommunikative Bedeutung.
3. Die Therapie chronischer Schmerzen sollte mit klaren, erreichbaren Zielen verknüpft werden.
4. Jeder Patient sollte, wenn erforderlich, ein interdisziplinäres Therapieangebot erhalten.
5. Aktivität, Kreativität und Entspannung können Schmerzen erleichtern.
6. Schmerz und Freude schließen einander nicht aus.
7. Chronischer Schmerz behindert soziale Kontakte.
8. Der Schmerz des einen Menschen betrifft auch die Mitmenschen. Alternativen zu Isolation und Einsamkeit sowie die Unterstützung von gesundem Verhalten sind zu fördern.
9. Eine regelmäßige indizierte Medikamenteneinnahme zur Prophylaxe ist in der Regel besser als eine Medikation nach Bedarf.

Thesen zur Schmerztherapie bei Patienten mit Tumorschmerzen

1. Der Schmerz bei Menschen mit Tumorerkrankungen ist in der Regel ein Spätsymptom, das häufig auf die Irreversibilität der Tumorerkrankung hinweist.
2. Bei Tumorpatienten ist der Schmerz meist mit einer Auseinandersetzung mit ihrer existenziellen Situation verbunden.
3. Gerade bei fortgeschrittenen Tumorerkrankungen weist Schmerz häufig auf die Befindlichkeit hin und nicht nur auf die physische Verfassung des Patienten.
4. In der modernen Tumorschmerztherapie stehen sehr effektive Methoden zur Verfügung, die es erlauben, die Schmerzen weitestgehend zu lindern.
5. Im Vergleich zu anderen Schmerzerkrankungen ist die Erfolgsrate der Tumorschmerztherapie besonders hoch.
6. Schmerz- und Leidenslinderung haben in der medizinischen Betreuung des sterbenskranken Menschen einen höheren Stellenwert als die Erhaltung des Lebens um jeden Preis.

Thesen zur Schmerztherapie bei Patienten in extremen Altersgruppen

1. Neugeborene und Frühgeborene haben einen Anspruch auf adäquate Schmerztherapie.
2. Intensive Schmerzreize können auch bei Neugeborenen und Säuglingen chronische Schmerzen auslösen.
3. Chronische Schmerzen bei Kindern und Jugendlichen beeinträchtigen die Ausbildung und damit das gesamte Leben.
4. Der Schmerzforschung bei Säuglingen, Kindern und alten Menschen sind aus ethischer Sicht engere Grenzen gesetzt als der Forschung mit Erwachsenen. Umso wichtiger ist es, das vorhandene Wissen auch zum Wohle dieser Patienten einzusetzen.
5. Wegen der besonderen Verletzlichkeit von Patienten in extremen Altersgruppen müssen in der Schmerztherapie die Besonderheiten dieser Patientengruppen berücksichtigt werden.

6 Kurzfassung

- Bei sterbenden Neugeborenen und Kindern sind ähnliche ethische Überlegungen angezeigt wie beim erwachsenen Patienten: Schmerzen müssen im Sterbeprozess adäquat behandelt werden – auch unter Inkaufnahme einer Verkürzung des Sterbeprozesses.
- Insbesondere bei alten Patienten mit chronischen Schmerzen bedeuten diese eine weitere Einschränkung der Autonomie.
- Eine dem medizinischen Standard entsprechende Schmerzbehandlung wird nicht dadurch unzulässig, dass sie bei Todkranken als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.

Rechtliche Grundsätze der Schmerzbehandlung

- Jeder Mensch mit Schmerzen hat einen Anspruch auf eine angemessene Schmerzbehandlung.
- Jeder Patient hat einen Anspruch auf sorgfältige und umfassende Untersuchung der Schmerzzusammenhänge sowie auf umfassende Diagnostik und Therapie unter Einschluss psychologischer, psychiatrischer und sozialer Aspekte.
- Jeder Patient hat einen Anspruch darauf, dass der Arzt ihn vor der Schmerzbehandlung ausreichend aufklärt, und zwar auch über unerwünschte Nebenwirkungen der Therapie und mögliche Alternativen.
- Die Umsetzung der Schmerztherapie setzt das ausdrückliche oder mutmaßliche Einverständnis des Patienten voraus.
- Es gibt keinen Anspruch auf Schmerzfreiheit, sondern nur den auf eine Schmerzbehandlung, die den aktuellen Standards und Leitlinien der Schmerztherapie entspricht.
- Zu einer dem medizinischen Standard entsprechenden Schmerzbehandlung gehört in der Regel ein abgestuftes Vorgehen. Chronischer Schmerz als bio-psycho-soziale Erkrankung erfordert ein interdisziplinäres Vorgehen.
- Bleibt die Schmerztherapie bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung ohne Erfolg, so kann zur Unterdrückung schwerster Schmerzen auch eine palliative Sedierung des Patienten (Ausschaltung seines Bewusstseins) angezeigt sein. Das wird insbesondere im terminalen Stadium in Betracht kommen.
1. Gesundheit, Sicherheit und Würde der untersuchten Menschen haben in der Schmerzforschung oberste Priorität.
2. Patienten und Versuchspersonen müssen über die Untersuchung aufgeklärt werden, ihre schriftliche Zustimmung geben und können jederzeit ohne Nachteile für die weitere Behandlung von der Untersuchung zurücktreten. Personen mit eingeschränkter Urteilsfähigkeit (Kinder, alte Menschen, geistig Behinderte und Schwerkranke) dürfen nur an Schmerzuntersuchungen teilnehmen, wenn dies für diese Gruppe therapeutisch notwendig ist und wenn die gesetzlichen Vertreter nach einer umfassenden Information ihre Zustimmung (informed consent) geben.
3. Um sicher zu stellen, dass auf Versuchspersonen kein Druck ausgeübt wird und ihnen kein Schaden zugefügt wird, und um unerwünschte physische und psychologische Auswirkungen zu vermeiden, muss das Forschungsvorhaben durch eine Ethikkommission bewertet und begleitet werden.
4. In der Schmerzforschung dürfen Schmerzreize die individuelle Toleranz der Versuchspersonen nicht überschreiten. Sie müssen den Schmerzreiz jederzeit ohne negative Folgen für sich selbst beenden können.
5. Unter allen Umständen muss der Wunsch eines Patienten oder einer Versuchsperson nach einer wirksamen Behandlung respektiert werden, wenn er an Untersuchungen mit Placebo (Scheinbehandlung) oder therapeutischen Vergleichen unterschiedlich wirksamer Behandlungen teilnimmt.

Forderungen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes

- Allgemeine Schmerztherapie muss in der Approbationsordnung Prüfungsfach sein.
- Fachbezogene Schmerztherapie muss in der Weiterbildungsordnung Prüfungsfach sein.
- Für eine qualitativ adäquate Versorgung von Schmerzpatienten muss ein Facharzt für Schmerztherapie (und Palliativmedizin) eingeführt werden.
- Zur Verbesserung von Forschung und Lehre muss an jeder Universitätsklinik ein Lehrstuhl für Schmerztherapie und Palliativmedizin eingerichtet werden.
- Die Besonderheiten in der Kommunikation mit Schmerzpatienten und Palliativpatienten müssen alle in der Schmerztherapie Tätigen lernen, und sie müssen in der Aus- und Weiterbildung gelehrt werden.
- Schmerzforschung muss entsprechend ihrer Bedeutung aufgewertet werden.
- Schmerzserkrankungen müssen im ICD (International Code of Diseases) abgebildet sein.
- Schmerztherapie muss im OPS (Operationen- und Prozedurenschlüssel) berücksichtigt werden.
- Schmerztherapie muss in EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) und GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) adäquat abgebildet sein.
- In jedem Krankenhaus müssen Strukturen für eine adäquate Therapie akuter Schmerzen vorhanden sein.
- Strukturen für eine gestufte und flächendeckende Versorgung in der Schmerztherapie müssen geschaffen werden.
- Jeder Schmerzpatient muss Zugang zu interdisziplinären Therapieangeboten haben, wenn die Behandlung über längere Zeit erfolglos war.
- Palliativmedizin als Alternative zur Sterbehilfe muss flächendeckend zur Verfügung stehen.
- Die Politik muss ihrer Verpflichtung nachkommen, die Strukturen für eine flächendeckende, qualitativ hochwertige schmerztherapeutische und palliativmedizinische Versorgung zu schaffen.
- Krankenversicherungen, Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungen müssen ihre besondere Verpflichtung gegenüber Patienten mit Schmerzen wahrnehmen und rechtzeitig umsetzen.

Aufruf

Mit der Ethik-Charta ruft die DGSS dazu auf, die Anstrengungen um eine hochstehende Schmerztherapie und Forschung zu verstärken, bestehende Kräfte zu bündeln und in einer integrativen ethischen Orientierung eine beispielhafte Patientenbetreuung zu realisieren.

Mitglieder der ad-hoc Kommission „Ethik-Charta“ der DGSS

Prof. Dr. Toni Graf-Baumann, Teningen

Klaus Kutzer, Vors. Richter am BGH a.D., Karlsbad-Spielberg

Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch, Berlin (Präsident der DGP)

Prof. Dr. Stella Reiter-Theil, Basel (Sprecherin der Ad-hoc-Kommission „Ethik-Charta“ der DGSS)

Prof. Dr. Harald C. Traue, Ulm

Prof. Dr. Michael Zenz, Bochum (Präsident der DGSS)

Prof. Dr. Dr. h.c. Manfred Zimmermann, Heidelberg

Mit der Ethik-Charta legt die DGSS ein Dokument vor, das ethische Orientierung in Grundsatzfragen und speziellen Herausforderungen im Umgang mit Schmerz bieten soll. Die Ethik-Charta wendet sich an alle, die Schmerzen behandeln, an Schmerzen Leidende begleiten oder selbst davon betroffen sind.

Mit dieser Ethik-Charta ruft die DGSS dazu auf, die Anstrengungen um eine hochstehende Schmerztherapie und Forschung zu verstärken, bestehende Kräfte zu bündeln und in einer integrativen ethischen Orientierung eine beispielhafte Patientenbetreuung zu realisieren.

**Herausgeber: Deutsche Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS)
<http://www.dgss.org>**