Anaesthesist 2018 · 67:397–398
<https://doi.org/10.1007/s00101-018-0457-y>
 Online publiziert: 25. Mai 2018
 © Springer Medizin Verlag GmbH, ein Teil von Springer Nature 2018

F. von Dincklage

Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin (CCM, CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

Schmerztherapie bei Intensivpatienten – setzen wir auch um, was wir können?

Das Erleben von Schmerzen ist eine der häufigsten und schlimmsten Erfahrungen für Intensivpatienten [1, 2]. Neben der immensen subjektiven Belastung, die sich häufig noch durch Gefühle der Hilflosigkeit und Angst potenziert, ist Schmerz auch ein entscheidender Risikofaktor für langfristige Störungen wie chronische Schmerzen, Delir oder posttraumatische Belastungsstörungen [3].

Doch trotz dieser hohen Bedeutung für die Patienten und der bekannten weitreichenden Folgen wird die Schmerztherapie bei Intensivpatienten auch heute noch in vielen Fällen vernachlässigt. Als Beispiel zeigt eine inzwischen auch bereits wieder einige Jahre alte exemplarische Studie, dass sich die Häufigkeit und Intensität von erlebten Schmerzen bei den dort untersuchten Intensivpatienten trotz aller Fortschritte in der Schmerzmedizin nicht anders darstellten als bei Patienten, die in einer 20 Jahre zuvor durchgeführten ähnlichen Studie untersucht worden waren [4].

» **Hauptproblem ist weniger ein Mangel an Therapieoptionen, sondern dass wir diese nicht einsetzen**

Es bleibt die Erkenntnis, dass auch aller Fortschritt im Wissen um die Ursachen und Mechanismen von Schmerzen sowie neu hinzukommende therapeutische Möglichkeiten den Patienten keine Verbesserung bringen, wenn die vorhandenen Therapieoptionen nicht einge-

setzt werden. Tatsächlich sind die meisten Schmerzzustände bei Intensivpatienten relativ gut mit den zur Verfügung stehenden Medikamenten behandelbar – nur werden die vorhandenen Therapieoptionen häufig gar nicht oder in unzureichender Dosierung eingesetzt.

Eine der Hauptursachen für diese häufige Uterdosierung mit Schmerzmitteln ist, dass Schmerzen bei Intensivpatienten von dem behandelnden Personal in vielen Fällen unterschätzt werden [5]. Daraus folgt als wichtigste Konsequenz, dass wir uns nicht auf unsere subjektive Einschätzung des Schmerzniveaus der Patienten verlassen können, sondern verlässlichere Verfahren zur Schmerzbewertung einsetzen sollten. Die Wichtigkeit eines zuverlässigen Monitorings ist daher einer der Schwerpunkte der 2015 aktualisierten S3-Leitlinie „Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin“ [6].

Eigeneinschätzung

Tatsächlich steht uns bei wachen und kooperativen Patienten ein verlässliches Verfahren zum Monitoring des Schmerzniveaus relativ einfach zur Verfügung, da kein Verfahren zuverlässiger ist als die subjektive Selbsteinschätzung der Patienten. Aufgrund der höchsten Genauigkeit wird hiervon der Leitlinie die numerische Rating-Skala (NRS) empfohlen, also eine numerische Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (extrem starker Schmerz). Insbesondere der Patientenkomfort und nebenbei der negative prädiktive Wert dieser Skala können noch weiter verbessert werden, wenn die Bewertung durch eine

visuelle Karte unterstützt wird (NRS-V), auf der die Zahlen von 0 bis 10 aufgeführt sind und jeweils der niedrigste und höchste Wert mit den genannten verbalen Ankern bezeichnet sind [7].

Fremdeinschätzung

Nicht weniger wichtig, aber etwas schwieriger stellt sich die Einschätzung des Schmerzniveaus bei Intensivpatienten dar, die nicht in der Lage sind, eine Selbsteinschätzung vorzunehmen, beispielsweise aufgrund von Analgosedierung oder Delir. In diesen Fällen kommt der Fremdeinschätzung eine entscheidende Bedeutung zu, wobei auch hier zur Vermeidung von Unterschätzung auf standardisierte Verfahren zurückgegriffen werden sollte. Die Leitlinie empfiehlt hierfür in erster Linie die Behavioral Pain Scale (BPS) [8] oder das Critical-Care Pain Observation Tool (CPOT) [9]. In beiden Verfahren werden jeweils Punktwerte für den Gesichtsausdruck, die Extremitätenmotorik und Adaptation an das Beatmungsgerät oder schmerzassoziierte Laute vergeben, wobei jeweils höhere Werte ein höheres Ausmaß an Schmerzen anzeigen.

Regelmäßiges Monitoring

Doch weder die skalagestützte Selbsteinschätzung der Patienten noch die strukturierte Fremdeinschätzung können zu einer Verbesserung der Situation für unsere Intensivpatienten führen, wenn die Verfahren nicht regelhaft eingesetzt werden. Ein Einsatz der Verfahren „bei Bedarf“ scheitert schlichtweg daran, dass die re-

gelhafte Unterschätzung des Schmerzniveaus durch das Personal häufig dazu führt, dass der Bedarf zu selten erkannt wird. Dementsprechend hebt auch die Leitlinie hervor, dass ein routinehaftes und regelmäßiges Monitoring mindestens einmal alle 8 h erfolgen sollte, auch wenn unsere subjektive Einschätzung uns eigentlich sagt, dass bei einem Patienten keine Schmerzen vorliegen.

Haben wir auf unserer Intensivstation nun ein regelmäßiges und vergleichsweise verlässliches Monitoring von Schmerzen etabliert, ist der erste große Schritt zur Verbesserung der Situation für die Patienten getan. Doch ohne den zweiten Schritt, also die adäquate Reaktion auf die gemessenen Schmerzniveaus, ist auch das beste Monitoring wertlos. Im folgenden Artikel fassen daher *Meißner et al.* den aktuellen Stand der Schmerztherapie bei Intensivpatienten, basierend auf der aktuellen Leitlinie, kompakt und übersichtlich zusammen [Literaturstelle]. Neben einer Analyse der Ursachen und Folgen von starken Schmerzen bei Intensivpatienten erhalten wir einen detaillierten Überblick über die für Intensivpatienten im Vordergrund stehenden pharmakologischen Möglichkeiten der Schmerztherapie sowie auch nichtmedikamentöse Therapieansätze.

Gewappnet mit dem Wissen, wie wir Schmerzen bei Intensivpatienten tatsächlich erkennen können einerseits und wie wir diese behandeln können andererseits, bleibt als einzige Frage, die dann darüber entscheidet, welches Ausmaß an Schmerzen unsere Patienten erleiden, ob wir unser Wissen und Können auch tatsächlich im Alltag umsetzen.

F. von Dincklage

F. von Dincklage

Korrespondenzadresse

PD Dr. med. F. von Dincklage, M.Sc.
Klinik für Anästhesiologie mit Schwerpunkt operative Intensivmedizin (CCM, CVK), Charité – Universitätsmedizin Berlin
Charitéplatz 1, 10117 Berlin, Deutschland
falk.von-dincklage@charite.de

Interessenkonflikt. F. von Dincklage gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

1. Whipple JK, Lewis KS, Quebbeman EJ et al (1995) Analysis of pain management in critically ill patients. *Pharmacotherapy* 15:592–599
2. Novaes MA, Aronovich A, Ferraz MB, Knobel E (1997) Stressors in ICU: patients' evaluation. *Intensive Care Med* 23:1282–1285
3. Chahraoui K, Laurent A, Bioy A, Quenot J-P (2015) Psychological experience of patients 3 months after a stay in the intensive care unit: A descriptive and qualitative study. *J Crit Care* 30:599–605. <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2015.02.016>
4. Gélinas C (2007) Management of pain in cardiac surgery ICU patients: have we improved over time? *Intensive Crit Care Nurs Off J Br Assoc Crit Care Nurses* 23:298–303. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2007.03.002>
5. Chanques G, Jaber S, Barbotte E et al (2006) Impact of systematic evaluation of pain and agitation in an intensive care unit. *Crit Care Med* 34:1691–1699. <https://doi.org/10.1097/01.CCM.0000218416.62457.56>
6. DAS-Taskforce (2015) S3-Leitlinie Analgesie, Sedierung und Delirmanagement in der Intensivmedizin (DAS-Leitlinie 2015), Stand 08/2015, verfügbar: http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-012L_S3_Analgesie_Sedierung_Delirmanagement_Intensivmedizin_2015-08-01.pdf. Zugriffen: 16.05.2018
7. Chanques G, Viel E, Constantin J-M et al (2010) The measurement of pain in intensive care unit: comparison of 5 self-report intensity scales. *Pain* 151:711–721. <https://doi.org/10.1016/j.pain.2010.08.039>
8. Payen JF, Bru O, Bosson JL et al (2001) Assessing pain in critically ill sedated patients by using a behavioral pain scale. *Crit Care Med* 29:2258–2263
9. Gélinas C, Fillion L, Puntillo KA et al (2006) Validation of the critical-care pain observation tool in adult patients. *Am J Crit Care Off Publ Am Assoc Crit-care Nurses* 15:420–427

Buchbesprechung

Höfert, Rolf

Von Fall zu Fall - Pflege im Recht

Rechtsfragen in der Pflege von A - Z

**Berlin Heidelberg: Springer-Verlag
Berlin Heidelberg 2017, 4. Auflage,
328 S., (ISBN: 978-3-662-52980-5),
Softcover 24,99 EUR**

Das Buch stellt auch in der neuesten Auflage einen unverzichtbaren Ratgeber für alle im Gesundheitswesen Beschäftigten dar. Der bewährten Sys-

tematik folgend handelt der Autor von Abmahnung bis Zwangsernährung alle wesentlichen rechtlichen Themengebiete ab. Die profunden Erläuterungen werden durch zahlreiche leicht verständliche Fallbeschreibungen, Abbildungen und stützende Gerichtsurteile ergänzt. Wo es zum besseren Verständnis nötig ist, findet der Leser die einschlägigen Gesetzestexte zitiert. Jedes Kapitel endet mit wertvollen Tipps für die Praxis. Die Konzeption als Nachschlagewerk gestattet schnellen Zugriff auf Lösungen zu häufig vorkommenden Fragestellungen. Darüber hinaus wird das Zusammenspiel zwischen Arbeits-, Straf-, und Haftungsrecht deutlich. Ein rundum gelungenes Werk, das in jede (etwas größere) Kitteltasche gehört.

Stephan Kreuels, Münster