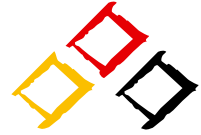




Deutscher Schmerzkongress  
Berlin 2007



# Schmerz in Deutschland

ETHIK-CHARTA



## Ethik-Charta der DGSS

Deutsche Gesellschaft zum Studium  
des Schmerzes e.V.



ISBN 978-3-9806595-4-3

---

**Ethik-Charta der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS)**  
**Ethik-Charta**

Herausgegeben im Auftrag des Präsidiums der  
Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes e.V. (DGSS)

Von  
Univ.-Prof. Dr. Michael Zenz  
Präsident der DGSS

DGSS-Geschäftsstelle  
Obere Rheingasse 3  
56154 Boppard  
Telefon 06742/800121  
E-Mail [info@dgss.org](mailto:info@dgss.org)  
Internet [www.dgss.org](http://www.dgss.org)

ISBN 978-3-9806595-4-3  
Deutscher Schmerzverlag, Köln

## Inhaltsverzeichnis

<b>1. Präambel</b>	<b>2</b>
<b>2. Ethik – Fragen, Prinzipien, Hilfestellung</b>	<b>3</b>
<b>3. Schmerz – Grundlagen</b>	<b>4</b>
<b>4. Schmerzforschung – Grundlagen</b>	<b>5</b>
<b>5. Schmerztherapie</b>	<b>6</b>
5.1 Monodisziplinäre – multidisziplinäre Therapie	7
5.2 Schmerzprophylaxe – Chronifizierung von Schmerzen	7
5.3 Tumorschmerz, Nichttumorschmerz und akuter Schmerz	8
5.4 Alternative Methoden	8
5.5 Schmerztherapie bei Früh- und Neugeborenen	8
5.6 Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen	9
5.7 Schmerztherapie bei alten Patienten	9
5.8 Schmerztherapie – eine gemeinsame Aufgabe	10
5.9 Schmerztherapie – Aus- und Weiterbildung	10
<b>6. Thesen zur Schmerztherapie</b>	<b>11</b>
6.1 Thesen zur Ethik der Schmerztherapie	11
6.2 Thesen zur Schmerztherapie bei Patienten mit akuten und perioperativen Schmerzen	11
6.3 Thesen zur Schmerztherapie bei Patienten mit chronischen Schmerzen	11
6.4 Thesen zur Schmerztherapie bei Patienten mit Tumorschmerzen	11
6.5 Thesen zur Schmerztherapie bei Patienten in extremen Altersgruppen	12
<b>7. Sterben und Palliativbegleitung</b>	<b>12</b>
7.1 Hilfe für den Sterbenden	13
7.2 Selbsttötung	14
<b>8. Recht und Rechte von Patienten</b>	<b>14</b>
8.1 Recht der Schmerzbehandlung	14
8.2 Rechtliche Grundsätze der Schmerzbehandlung	16
<b>9. Religion und spirituelle Aspekte</b>	<b>17</b>
9.1 Christentum	17
9.2 Judentum	17
9.3 Islam	18
<b>10. Handlungsbedarf</b>	<b>18</b>
<b>11. Forderungen der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes</b>	<b>20</b>
<b>Aufruf</b>	<b>20</b>
<b>12. Literatur</b>	<b>21</b>

### 1. Präambel

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<sup>1</sup>. Die DGSS hat sich mit der Ethik-Charta das Ziel gesetzt, eine ethische Orientierung für die Patientenbetreuung zu geben sowie Hilfestellungen, die auch die Frage betreffen, wie weit Maßnahmen gegen den Schmerz gehen sollen und dürfen, wann welche Grenzen zu ziehen sind und wie mit der Herausforderung umzugehen ist, wenn ein Patient oder eine Patientin nicht mehr weiter leben will oder kann.

Die Behandlung von Schmerzen wird als vordringliche Aufgabe für Ärzte, Psychologen und Spezialisten aus zahlreichen weiteren Fachgebieten angesehen. Gegenüber einem traditionellen Verständnis von Schmerz, das versucht, dem Schmerz einen (höheren) Sinn zuzuschreiben oder diesen als eine Empfindung ansieht, die ‚ausgehalten werden muss‘, erwarten Betroffene heute zu Recht therapeutische Hilfe und Linderung. In diesem Bemühen hat die Medizin große Fortschritte erzielt. Allerdings können nicht alle Arten von Schmerz und Leiden, besonders bei chronischen, aber auch bei fortschreitenden und zum Tode führenden Erkrankungen, immer befriedigend und ausreichend gut kontrolliert werden. Wenn die Medizin an ihre Grenzen stößt, sind wir mit schwierigen Fragen konfrontiert. Die Behandlung des Schmerzes – gerade beim schwerkranken und sterbenden Menschen – und weiterer Leidenszustände wie quälende Unruhe, Verwirrtheit oder Atemnot muss daher konsequent weiter entwickelt werden. Hieraus leitet sich die Forderung nach hochstehender Forschung und Verbesserung von Behandlungskonzepten in diesem Bereich ab.

Wenn Schmerzlinderung nur unbefriedigend gelingt, kann es zum Erleben von Hoffnungslosigkeit,

Verzweiflung und Ohnmacht kommen; dies gilt für die leidenden Kranken, ihre Angehörigen, aber auch die Behandelnden und Pflegenden.

Auch scheinbar einfache und selbstverständlich erscheinende Aufgaben der Schmerzbehandlung weisen erhebliche Defizite auf, so z.B. die Beseitigung des postoperativen Schmerzes. Dieser gehört keineswegs zwangsläufig zu jeder Operation, sondern ist vermeidbar. Postoperativer Schmerz hat erhebliche negative Folgen und muss daher konsequent behandelt werden.

Die Behandlung von Schmerzen ist immer noch unzureichend, obwohl sehr effiziente Mittel und Methoden zur Verfügung stehen; dies hat verschiedene Ursachen. Es sind vor allem Ausbildungsdefizite – fehlende Pflichtvorlesungen und Prüfungen im Medizinstudium – sowie Lücken in der Weiterbildung, die zu Unter- und Fehlversorgung beitragen. Befürchtungen von Ärzten, bei Patienten durch eine Schmerzbehandlung Sucht und Medikamentenabhängigkeit hervorzurufen oder zu fördern, sind weitere Gründe für Unter- und Fehlversorgung, ebenso die einseitige Übertherapie mit somatischen Methoden sowie eine fehlende interdisziplinäre Orientierung in der Patientenbetreuung.

Die folgenden Abschnitte enthalten kurze Texte zu wichtigen Fragen, die sich aus ethischer Sicht ergeben. Die Struktur dieser Charta wurde auf einer Arbeitssitzung der Ad-hoc-Kommission „Ethik-Charta“ in Königstein/Taunus im Februar 2007 erarbeitet und in den anschließenden Monaten intensiv überarbeitet.

#### **Die Mitglieder der Ad-hoc-Kommission „Ethik-Charta“ der DGSS sind**

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

<sup>1</sup> Wir sprechen stets beide Geschlechter an, auch wenn nur die männliche Form verwendet wird.

## 2. Ethik – Fragen, Prinzipien, Hilfestellung

Ethische Fragen bewegen die Medizin – Patienten und Angehörige ebenso wie Behandelnde und Pflegenden. Was soll ich tun? Welcher Weg ist der – moralisch gesehen – richtige? Was ist ‚gut‘ für das Gegenüber, was darf ich dem Anderen, was mir selbst zumuten? Solche Fragen kennt jeder, der mit Krankheit und Leiden umgeht. Einfache Antworten erwarten viele heute nicht mehr – nicht vom Staat, von der Kirche oder vom Arzt. Respekt, Selbstbestimmung, Aufklärung, informierte Zustimmung (informed consent), zweite Meinung, Wahleingriffe – dies sind aktuelle Begriffe, die zu einem historisch geprägten Bild vom ehemals unmündigen Patienten hinzugetreten sind.

Patienten haben heute mehr und klarere Erwartungen an die Medizin, und sie nehmen ihre Rechte deutlicher wahr. Sie brauchen jedoch nicht nur Möglichkeiten der Selbstbestimmung, sondern sie bedürfen auch der Fürsorge und Unterstützung. Das Verhältnis zwischen Patienten und ihren professionellen Begleitern hat sich gewandelt, und auch die Möglichkeiten der Patientenversorgung ändern sich ständig und werfen neue ethische Fragen auf: Dürfen wir alles tun, was wir (technisch) können? Können wir uns die jeweils bestmögliche Versorgung überhaupt leisten? Droht das System an seinem eigenen Erfolg zu scheitern? Die zunehmende Verrechtlichung der Medizin – ist sie die Lösung oder das Problem?

Die moderne Medizin, die Heilberufe und das Gesundheitswesen brauchen – gerade wegen ihrer Vielfalt – eine verbindende ethische Orientierung, die an die universellen Ideen der Menschen- und Bürgerrechte anschließt, aber auch Brücken zu ganz spezifischen und praktischen Fragen herstellen kann. Im Bereich der Schmerztherapie wird dies sehr deutlich; sind hier doch zahlreiche Berufsgruppen und Fachdisziplinen beteiligt, deren unterschiedliche Perspektiven berücksichtigt, aber auch integriert werden müssen. Dies unterstützt eine Orientierung an den allgemeinen ethischen Prinzipien Respekt vor der Autonomie, Hilfeleistung, Schadensvermeidung

und Gerechtigkeit in Verbindung mit einer auf den Einzelfall eingehenden Perspektive der Klinischen Ethik (17). Die genannten vier Prinzipien ‚mittlerer Reichweite‘ eignen sich in einer pluralistischen Gesellschaft als allgemeiner Rahmen, sie unterstützen durch ihre Interpretationsspielräume auch die Überbrückung von kulturellen Unterschieden und sind offen genug für eine dem Einzelfall angemessene Interpretation. Eine Rangordnung oder einfache Gebrauchsanweisung liefern sie nicht; es gibt keine Alternative zur Übernahme von Verantwortung für Entscheidungen im Einzelfall; und dies gilt für den Therapeuten ebenso wie für den Kranken.

Die Behandlung von Schmerz ist eine der Aufgaben, die als Basis eine grundlegende ethische Verständigung über die Bedeutung des Schmerzes voraussetzt. Es muss Einigkeit über die Behandlungsbedürftigkeit und die Behandelbarkeit bestehen; Schmerz darf nicht bagatellisiert werden, die Erwartung des Leidenden, dass sein Schmerz ernst genommen wird, darf nicht enttäuscht werden (55). Dabei muss auch der Wunsch des Schwerst- bzw. Sterbenskranken, seine letzte Lebensphase selbst zu gestalten, respektiert und berücksichtigt werden. Diese Möglichkeit sollte unterstützt und keinesfalls eingeschränkt werden. Wie tief diese Fragen mit ethischen und kulturellen Wertvorstellungen verbunden sind, zeigen die Debatten und Konflikte über die Selbstbestimmung am Lebensende (5, 52). Auch die Definition dessen, was bei uns und anderswo als Maßstab einer angemessenen Behandlung „nicht zuwenig, nicht zuviel“ gelten kann, beruht auf ethischen Voraussetzungen, die mit Auseinandersetzungen verbunden sind. Es mehrten sich bereits die Anzeichen dafür, dass nicht nur offen über Beschränkungen von Leistungen diskutiert wird, sondern dass es auch (verdeckt) zur Benachteiligung bestimmter Bevölkerungsgruppen kommt (46). Eine Gruppe, die besonders „verletzlich“ ist (i.S. von „vulnerability“), sind diejenigen, die ihre Interessen selbst noch nicht oder nicht mehr vertreten können, z.B. nicht einwilligungsfähige, zerebral schwer geschädigte oder alte Menschen. Können wir es gut heißen, wenn diese Personengruppen ‚anders‘ behandelt und ggf. sogar

benachteiligt werden? Nach welchen Maßstäben soll ‚Gerechtigkeit‘ bemessen werden (4)?

Wie gehen wir mit unerwünschten Behandlungsergebnissen oder Fehlern um, die ja überall, wo Menschen wirken, auftreten können? Die Medizin hat einerseits eine lange Tradition, aus unerwünschten Ergebnissen und Fehlern zu lernen; ‚Fehlerkultur‘ heißt das Stichwort, das es zu leben gilt. Mediziner haben aber – wie andere Menschen auch – Mühe, Misserfolge und Fehler zuzugeben oder transparent zu machen, zumal in einer ‚Kultur‘, die von Schuld, Anklage und Haftung geprägt ist. Für alle Seiten besser wäre eine kommunikative, offene Haltung, die Verstehen ermöglicht, in der die Hilfe, nicht die Suche nach dem Schuldigen im Vordergrund steht, unbürokratische Hilfe und ggf. auch Kompensation anstelle des wenig konstruktiven, langwierigen Versuchs, Verschulden nachzuweisen.

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 (70). Noch zu selten richten sich diese Angebote auch an Patienten und ihre Angehörigen. Darum soll diese Ethik-Charta auch Anregungen geben, wie Einrichtungen des Gesundheitswesens ethische Fragen von Betroffenen aufnehmen und beantworten können. Kliniken sehen heute zunehmend die Möglichkeit von ethischen Konsilen vor; diese interdisziplinären Gesprächsrunden können helfen, mit Unsicherheit oder unterschiedlichen Wertvorstellungen zurecht zu kommen und ausgewogene Entscheidungen zu finden. Ihre Stärke ist ein unbürokratisches Vorgehen, die Nähe zum Geschehen in der Behandlung und die Flexibilität. Die Teams sollten dabei auf die Unterstützung und Moderation von Kolleginnen oder Kollegen mit entsprechendem Training – oder interne Fortbildung in ethischer Beratung – zählen können. Jede ethische Beratung ist auf Grund der Anschaulichkeit im Einzelfall für die Teilnehmenden zugleich auch lehrreich und eine Grundlage für kompetente ethische Entscheidungen (40).

## 3. Schmerz – Grundlagen

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 ein Symptom und 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. Körperliche Einschränkungen reduzieren die Beweglichkeit, sie hindern Betroffene beispielsweise daran, sich sportlich zu betätigen, spazieren zu gehen oder soziale Kontakte aufrecht zu erhalten. Unter diesen Beeinträchtigungen kann sich der Patient den Schmerzen ausgeliefert und hilflos fühlen; Depressionen oder Ängste können sich entwickeln, die sich auf Familienleben und soziale Kontakte auswirken. Wenn die gewohnte berufliche Tätigkeit oder der Haushalt nicht mehr bewältigt werden, können vorzeitige Berentung, Pflegebedürftigkeit oder Invalidität die Folge sein. Chronische Schmerzen verursachen hohe Kosten im Gesundheitswesen (81, 89). Länger anhaltende Schmerzzustände führen auch zu nachweisbaren Veränderungen in den neuralen Strukturen, zu Lernprozessen und zur Ausbildung eines Schmerzgedächtnisses. Diesen Prozess nennt man Schmerzchronifizierung. Rechtzeitige Therapie und Prävention von Schmerzen kann eine Chronifizierung vermeiden, unterbrechen oder rückgängig machen.

Dies kann nur gelingen, wenn Diagnostik und Therapie die psychischen, sozialen und körperlichen Aspekte einer Schmerzkrankheit umfassend und adäquat berücksichtigen und aufeinander beziehen. Dann sprechen wir von einer interdisziplinären Diagnostik und darauf aufbauenden, umfassenden interdisziplinären Therapie. Hierbei muss berücksichtigt werden, dass Schmerz vom Patienten primär als rein körperliches Phänomen erlebt und beschrieben wird. Dies bedeutet aber nicht, dass mit somatisch-diagnostischen Methoden ein für

das Schmerzgeschehen ursächlicher Befund nachzuweisen wäre. Es können auch auffällige Befunde vorliegen, die nicht Ursache des Schmerzes sind (61). Für die Behandlung ist diese Erkenntnis wesentlich, um unerfüllbaren therapeutischen Erwartungen zu begegnen. Schmerz lässt sich nicht immer abbilden, und Schmerzen kann man nicht wegspritzen oder wegschneiden (11, 28, 95).

#### 4. Schmerzforschung – Grundlagen

Die deutsche Schmerzforschung hat einen hohen internationalen Rang. Sie gliedert sich in Grundlagenforschung (z.B. über Schmerzmechanismen) und klinische Forschung (z.B. über Schmerzmedikamente, psychologische Interventionen, invasive Schmerztherapie, Stimulationsmethoden, übende und aktivierende Verfahren). In der Schmerzforschung kommen Methoden im Tierexperiment, an isolierten Organen und Zellkulturen sowie am Menschen zur Anwendung. Schmerzmodelle am Tier sind für viele Bereiche der Forschung wesentlich. Wir unterscheiden experimentelle Untersuchungen mit künstlicher Schmerzstimulation und klinische Forschung an Patienten, die an Schmerzen leiden. Die biologischen und psychologischen Vorgänge im Nervensystem werden mit elektrophysiologischen oder biochemischen Methoden und Verhaltensbeobachtungen aufgeklärt. Dazu zählen auch die neuesten Forschungen zur Genetik des Schmerzes und die Darstellung zerebraler Strukturen und Prozesse durch bildgebende Verfahren (z.B. Kernspinresonanz). Die klinische Forschung an Patienten mit Schmerzen untersucht Mechanismen der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung (Chronifizierung) ebenso sowie therapeutische Möglichkeiten. Hierbei sind neben den biologischen Störungen auch bewusste und unbewusste Lernprozesse (Neuroplastizität) Gegenstand der Untersuchungen. Auch die Wechselwirkungen zwischen dem Patienten und seiner sozialen Umwelt (einschließlich des Medizinsystems) werden erforscht.

Kontinuierliche Anstrengungen in der Forschung sind notwendig, um bestehende Erkenntnislücken

zu füllen; beispielsweise fehlen wichtige Daten zur Chronifizierung, zur Epidemiologie, zu schmerzbedingten Gesundheitskosten, zur Prävention und Therapie in bestimmten Altersgruppen, zur Interdisziplinarität der Therapie und zum Therapieergebnis. Dringend notwendig sind auch wissenschaftliche Anstrengungen, die Erkenntnisse aus der Grundlagenforschung auf den kranken Menschen und die Entwicklung neuer Therapieverfahren zu übertragen; umgekehrt müssen auch die klinischen Erfahrungen durch Grundlagenforschung abgesichert werden.

Die finanzielle Förderung der Schmerzforschung ist im Vergleich zum Gesamtvolumen der medizinischen Forschung völlig unbefriedigend, denn die Mittel für Schmerzforschung betragen nicht einmal ein Prozent der Folgekosten von Schmerzkrankheiten. Forschung ist auch notwendig, um Schäden durch Wirkungen und Nebenwirkungen von medizinisch-therapeutischen Maßnahmen zu vermindern. Schmerzforscher halten sich an ihre lokalen, nationalen und internationalen Richtlinien und Vorgaben und die Deklaration von Helsinki (92). Die Besonderheiten der Schmerzforschung sind in den Guidelines der International Association for the Study of Pain (IASP) zusammengefasst (47).

Die ethischen Richtlinien zur Schmerzforschung am Menschen besagen:

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.

### 5. Schmerztherapie

Ungefähr acht bis zehn Millionen Menschen in Deutschland leiden an chronischen Schmerzen (27). Nach internationalen Untersuchungen ist diese Zahl sogar noch höher (20). Die Mehrzahl dieser Menschen erhält keine adäquate Schmerztherapie. Besonders betroffen sind ältere Menschen, die in Heimen leben, von denen zwischen 47 und 80% keine oder nur eine unzureichende Schmerzbehandlung erhalten. Bis zum Jahr 2020 wird sich der Prozentsatz der über 65jährigen von derzeit 15 auf über 25 erhöhen, der Anteil der über 80jährigen wird sich bis zum Jahre 2050 von derzeit 3 Millionen auf über 9 Millionen verdreifachen (79). Ebenso wie alte Patienten sind auch Kinder, die sich noch nicht ausreichend artikulieren können, von unzureichender Schmerzbehandlung betroffen.

Der Umgang mit Schmerzen ist ein Kriterium für den zivilisatorischen Entwicklungsstand einer Gesellschaft. Kompetente und adäquate Linderung von Schmerzen in allen Lebenssituationen – vom Anfang bis zum Ende – ist ein wesentliches

Merkmal einer humanen, an Lebensqualität und Lebenssinn des Menschen und am Miteinander orientierten Medizin (38). Für die Linderung von chronischen Schmerzen, vor allem bei Tumorleiden, aber auch bei anderen chronischen Erkrankungen, gibt es inzwischen sehr effektive medikamentöse, psychologische und andere Behandlungsmöglichkeiten. Dennoch sind insuffizient behandelte Schmerzen bei vielen chronisch Kranken, alten, behinderten sowie sterbenskranken Menschen noch immer ein häufig genannter Grund für Verzweiflung und werden zunehmend auch mit dem Wunsch nach „Sterbehilfe“ verbunden (50), denn das Erleben und Erleiden von Schmerzen berührt immer auch existenzielle Probleme. Dies gilt nicht nur für Tumorpatienten, sondern für alle chronisch Schmerzkranken.

Es ist dringend notwendig, die strukturellen und personellen Voraussetzungen zu schaffen, diese Möglichkeiten auch allen Betroffenen zukommen zu lassen. Dazu gehört zum Beispiel die Förderung der Palliativmedizin und sozialer Hilfsangebote. Ein Hinweis auf „unerträgliche Schmerzen“ darf kein Anlass zur Resignation sein oder gar als ein Argument für die Legalisierung der „Tötung auf Verlangen“ in Deutschland angesehen werden. Defizite in der medizinischen und psychosozialen Versorgung sollten nicht als Grundlage für Forderungen dienen, die anstelle der ärztlichen Verpflichtung und Verantwortung, sich aktiv für eine Verbesserung und Humanisierung des Lebens einzusetzen, das „sozial verträgliche Frühableben“ rechtfertigen.

Die Situation der Schmerztherapie in Deutschland ist derzeit von Widersprüchen geprägt. Während viele Schmerzpatienten und Ärzte oft nur mühsam vom Wert einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme zu überzeugen sind, müssen andere Betroffene lernen, dass ihre Schmerzen weitere Bedeutungszusammenhänge haben, die nicht allein durch Medikamente beeinflusst werden können, sondern deren Bewältigung ganz wesentlich auch von ihrer eigenen Lebensgestaltung abhängig sind. Auf die Bedürfnisse von Menschen mit Schmerzen, seien diese akut oder chronisch, tumorbedingt oder nicht, muss differenziert eingegangen werden.



### 5.1 Monodisziplinäre – multidisziplinäre Therapie

Entsprechend der Schwere und Dauer der Schmerzerkrankung muss ein gestuftes Vorgehen als notwendig erachtet werden. 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 höchste Stufe der Therapie ist dann ein ambulantes oder stationäres interdisziplinäres Zentrum, in dem gleichzeitig mehrere Disziplinen mit dem Patienten zusammenarbeiten, erforderlich.

Die meisten akuten Schmerzen und Tumorschmerzen lassen sich ausreichend durch eine adäquate Monotherapie beherrschen. Hier stehen medikamentöse Therapieformen im Vordergrund, die aufgrund des Studiums und der Weiterbildung jeder Arzt ausreichend beherrschen sollte. Da ein chronischer Schmerz als biopsychosoziale Erkrankung definiert wird, erfordert ein solches Krankheitsbild auch eine entsprechende umfassende Diagnostik und Therapie. Dies geschieht durch ein interdisziplinäres Vorgehen, bei dem mehrere ärztliche Fachdisziplinen, Psychologen, Physiotherapeuten und alle an der Diagnostik und Therapie von Schmerzen beteiligten Disziplinen zusammenwirken. Entsprechende Messverfahren und Fragebögen sind etabliert und sollten bei allen chronischen Schmerzen eingesetzt werden, um eine ausreichende Diagnostik abzusichern (62). Der interdisziplinäre Ansatz in der Therapie chronischer Schmerzen ist inzwischen gesichert (39, 43, 45, 74, 84). Eine ausschließlich monodisziplinäre Diagnostik und Therapie chronischer Schmerzen muss daher als Kunstfehler angesehen werden. Leider fehlen noch entsprechende Strukturen, um ein solches Vorgehen landesweit etablieren zu können.

### 5.2 Schmerzprophylaxe – Chronifizierung von Schmerzen

Eine wichtige Aufgabe der Schmerztherapie ist die adäquate Behandlung akuter Schmerzen und

damit die Prophylaxe von chronischen Schmerzen. Bei vielen akuten Schmerzen besteht die Gefahr, durch unzureichende Schmerztherapie eine Chronifizierung dieser Schmerzen auszulösen und damit zu einem bleibenden Schmerzbild zu führen. Beispiele hierfür sind sowohl in der operativen Medizin gegeben, wo durch unzureichende postoperative Schmerztherapie lang anhaltende chronische Schmerzen entstehen können. So sind z. B. bei so einfachen Operationen wie Leistenhernienoperationen lang anhaltende psychosoziale Folgen durch eine unzureichende Schmerztherapie beschrieben (1, 16). Dies geht sogar soweit, dass ein geringer Prozentsatz der Patienten nach einer solchen Operation aufhört zu arbeiten. Aber auch die unzureichende Therapie akuter Rückenschmerzen führt in einem hohen Prozentsatz zu lang anhaltenden chronischen Schmerzen mit allen psychosozialen Folgen dieser Erkrankung (66). Dies gilt in gleichem Maße auch für andere Schmerzerkrankungen, wie z. B. Kopfschmerzen und neuropathische Schmerzen.

Insoweit ist die primäre ausreichende Behandlung akuter Schmerzbilder eine wesentliche Aufgabe der Medizin. Nur so lässt sich eine weitere Entwicklung der Chronifizierung verhindern. Die Defizite sind in der Literatur eindeutig für die perioperative Schmerztherapie (60) und für Krankheitsbilder wie den akuten bzw. chronischen Rückenschmerz (73) beschrieben.

Da akute Schmerzbilder meistens nicht von Schmerzspezialisten behandelt werden, sondern in der Regel von den entsprechenden Fachärzten, ist es eine besonders wichtige zukünftige Aufgabe, in diesem Bereich für ausreichende Qualifikation zu sorgen, um auf diese Weise einen weiteren Chronifizierungsprozess einzuschränken. Allgemeinmediziner und Fachärzte, ebenso wie Krankenhausärzte aus den operativen und konservativen Disziplinen, müssen die Grundlagen der Schmerzdiagnostik und der Schmerzprophylaxe ausreichend beherrschen. Ohne ein solches Wissen wird es nie gelingen, die chronische Schmerzkrankheit ausreichend einzudämmen.

### 5.3 Tumorschmerz, Nichttumorschmerz und akuter Schmerz

Sowohl hinsichtlich Diagnostik als auch hinsichtlich Therapie unterscheiden sich Tumorschmerzen deutlich von Nichttumorschmerzen und auch von akuten Schmerzen. Beim Tumorschmerz steht die Symptomlinderung eindeutig im Vordergrund (92). Eine Monotherapie ist häufig ausreichend. Beim Nichttumorschmerz steht vielfach der Schmerz nur als Symptom im Vordergrund. Wichtiger ist aber die durch Schmerzen eingeschränkte seelische und körperliche Funktion, die durch ausreichende Schmerztherapie wieder hergestellt werden soll. Während beim Tumorschmerz eine Verminderung des Schmerzniveaus allein als ausreichender Therapieerfolg angesehen werden kann, stellt dies beim Nichttumorschmerz – z. B. beim Rückenschmerz – kein ausreichendes Maß dar. Eine Schmerzlinderung ohne ausreichende Wiederherstellung der körperlichen Funktion und der sozialen Integration muss beim Nichttumorschmerz als unzureichendes Therapieergebnis gesehen werden (25). Dazu sind neben somatischen Methoden auch psychologische und soziale Methoden der Diagnostik und Therapie erforderlich.

Auch die therapeutischen Prinzipien unterscheiden sich zwischen Tumorschmerz und Nichttumorschmerz. Während beim Tumorschmerz eine Dauertherapie mit Medikamenten häufig bis zum Tode des Patienten notwendig ist, wird beim Nichttumorschmerz eine medikamentöse Therapie nur bis zum Erreichen einer entsprechenden Funktionsverbesserung als sinnvoll angesehen. Dann sollte die medikamentöse Therapie reduziert oder ausgesetzt werden. Psychologische, physiotherapeutische und ergotherapeutische Therapiemethoden sind wesentliche Inhalte der Therapie bei Nichttumorschmerzen.

### 5.4 Alternative Methoden

Aufgrund der unzureichenden Therapie vieler Schmerzkrankheiten und der Verzweiflung der betroffenen Patienten wird von vielen der Weg zu alternativen Behandlungsmethoden gesucht und gefunden (78). Einige dieser Methoden sind inzwischen wissenschaftlich ausreichend abgesichert (29, 44), so

dass sie echte Alternativen für viele Patienten darstellen. Es wird dann auch vom Gesetzgeber ein Weg gesucht, diese Methoden in die Gebührenordnung einzubringen, so wie dies unlängst für die Akupunktur bei bestimmten Schmerzkrankheiten geschehen ist. Häufiger als gesicherte alternative Methoden sind aber ungesicherte, wissenschaftlich in keiner Weise bewiesene Methoden in der Schmerztherapie anzutreffen (33). Dies gilt sowohl für alternative, als auch für invasive und operative Therapieangebote (3, 85). Der Einsatz ungesicherter Behandlungen ist ethisch abzulehnen und lediglich im Rahmen von kontrollierten Studien zu akzeptieren. Der Patient muß darauf aufmerksam gemacht werden, dass die eingesetzte Methode wissenschaftlich nicht abgesichert ist (18). Ebenfalls abzulehnen ist eine unangemessen hohe Liquidation für solche Außenseitermethoden. Die wissenschaftlichen Fachgesellschaften sind allerdings auch aufgefordert, eindeutiges Material zu den verschiedenen Methoden ihres Bereichs zur Verfügung zu stellen, damit Öffentlichkeit und Fachpersonal eine Orientierung finden.

### 5.5 Schmerztherapie bei Früh- und Neugeborenen

Neu- und Frühgeborene können die von ihnen empfundenen Schmerzen nur durch Gestik und Mimik ausdrücken. Schmerzerkennung und standardisierte Schmerzerfassung bei Neugeborenen sind ein wissenschaftlich noch ungelöstes Problem und verdienen in der Zukunft besondere Aufmerksamkeit (69). Die für die Schmerztherapie relevanten physiologischen und pharmakologischen Besonderheiten bei Früh- und Neugeborenen haben daher besondere Bedeutung:

- Schmerzen führen auch bei Früh- und Neugeborenen zu hormonellen, metabolischen, immunologischen und kardiovaskulären Veränderungen.
- Wiederholte Schmerzreize beim Neu- und Frühgeborenen haben Einfluss auf die spätere psychophysiologische Entwicklung. Vorangegangene wiederholte schmerzhafte Stimuli führen zu einer Empfindlichkeitssteigerung im ZNS; dies unterstreicht die Forderung nach einer ausreichenden Analgesie beim Neu- und Frühgeborenen.

- Um Schmerzreize in ausreichendem Maße zu blockieren, kommen bei operativen und diagnostischen neben den Lokalanästhetika vorzugsweise Opioide zum Einsatz (6). Bei ihrer Verwendung müssen jedoch sowohl die pharmakokinetischen als auch die pharmakodynamischen Unterschiede zum Erwachsenen beachtet werden (56).
- Neu- und Frühgeborene haben eine verminderte Leberenzymaktivität, was zu einer verlängerten Eliminationsdauer und Wirkungsdauer der Opioide führt und nach operativen Eingriffen zu einer verlängerten Atemdepression beitragen kann.
- Die insbesondere bei Frühgeborenen noch nicht voll ausgebildete Blut-Hirnschranke lässt mehr freien Wirkstoff in das Zentralnervensystem (ZNS) und zu den Opioidrezeptoren gelangen, was Atemdepression, Bradykardie und Hypotension nach sich ziehen kann.
- In Relation zum Körpergewicht können für eine ausreichende Analgesie höhere Dosen von Opioiden notwendig werden.

Trotz dieser Besonderheiten stellen Opioide beim Früh- und Neugeborenen eine Gruppe von Analgetika dar, die für eine ausreichende Analgesie unverzichtbar sind; die Dosierung sollte sich dabei nicht am Körpergewicht, sondern wie auch beim Erwachsenen an der Wirkung orientieren (7, 56).

### 5.6 Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen

Schmerzen bei Kinder und Jugendlichen sind lange Zeit vernachlässigt worden, obwohl sie gerade hier eine hohe Prävalenz haben und ein bedeutsames gesundheitliches Problem darstellen, insbesondere aufgrund der erheblichen psycho-sozialen Belastungen für das Kind und seine Familie. Anhaltende Schmerzen im Kindesalter und bei Jugendlichen können zu chronischen Schmerzen im Erwachsenenalter führen. Bei schmerzhaften (diagnostischen) Eingriffen, in der postoperativen Schmerztherapie und in der Akutschmerztherapie muss eine adäquate analgetische Versorgung, die

die pharmakologischen Besonderheiten bei Kindern berücksichtigt, gewährleistet sein (96). Genau so wie bei Erwachsenen ist eine regelmäßige und konsequente Schmerzerfassung notwendig. Dafür stehen mittlerweile altersgerechte Messinstrumente zur Verfügung (54). Bei Tumorschmerzen erfolgt die medikamentöse Schmerztherapie auch bei Kindern und Jugendlichen nach dem WHO-Stufenschema (93). Bei chronischen Nicht-Tumorschmerzen stehen multimodale Behandlungskonzepte im Vordergrund, die verhaltenstherapeutische Interventionen unter Einbezug der Familie beinhalten (30). Schmerzen im Kindesalter führen in einem hohen Prozentsatz zu gravierenden Einschränkungen im täglichen Leben, bei Schulbesuch und Ausbildung. Damit haben chronische Schmerzen bei Kindern einen bedeutsamen Einfluss auf die gesamte spätere Entwicklung (72).

### 5.7 Schmerztherapie bei alten Patienten

Die Anzahl von alten Menschen nimmt in den nächsten Jahren stark zu. Im Jahr 2050 wird sich die Zahl der Menschen über 65 Jahre verdoppelt haben. Schmerz bei alten Patienten ist ein sehr häufiges Symptom, wird aber oft als schicksalhaft und zum Alter dazu gehörend eingestuft. Je nach Studie schwanken die Prävalenzangaben für andauernde oder rezidivierende Schmerzen bei alten Patienten zwischen 25 und 75 % (15). Unter Heimbewohnern ist die Prävalenz deutlich höher. Trotz der Häufigkeit von Schmerzen bei alten Patienten muß von einer deutlichen Unterversorgung ausgegangen werden, insbesondere bei Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen. Die häufigsten Schmerzen im Alter sind Schmerzen am Bewegungsapparat, Nervenschmerzen und Tumorschmerzen. Chronischer Schmerz bedeutet für sie Probleme beim Anziehen, Treppensteigen, Einkaufen, Kochen und birgt damit die Gefahr der sozialen Isolation und des Verlustes der Selbstständigkeit.

Die Schmerzerfassung bei alten Patienten ist besonders schwierig, da Kommunikation und Ausdrucksfähigkeit gestört sein können. Es sind aber für ältere Patienten und auch speziell für Demenzkranke geeignete Messinstrumente entwickelt worden (13, 14).

Die Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie ist durch Begleiterkrankungen und Begleitmedikation besonders schwierig. Spezielle Empfehlungen und Leitlinien stehen zur Verfügung (2). Auch im Alter ist eine multidisziplinäre Behandlung einer rein medikamentösen Therapie überlegen. Die Therapieprogramme müssen jedoch an die Bedürfnisse und Fähigkeiten älterer Menschen angepasst sein und sollten als wichtigste Ziele Lebensqualität und Autonomie haben.

### 5.8 Schmerztherapie – eine gemeinsame Aufgabe

Eine Verbesserung der Schmerztherapie lässt sich nicht erreichen, wenn diese ausschließlich im ärztlichen Bereich angestrebt wird. Die Pflege hat einen wesentlichen Anteil an der möglichen Verbesserung der Situation. Die Pflegenden sind vielfach länger und intensiver mit den Patienten befasst als Ärzte. Die regelmäßigen täglichen Kontrollen durch Pflegenden umfassen Blutdruck, Puls, Temperatur und Atmung. Zu diesen Kontrollinstrumenten muss unbedingt die regelmäßige Kontrolle von Schmerzen als fünftes Vitalzeichen hinzukommen. Nur so lässt sich gewährleisten, dass eine ausreichende Schmerztherapie nicht nur deshalb unterbleibt, weil nach Schmerz nicht gefragt wurde (36, 58, 71).

Das Verbesserungspotential beschränkt sich aber nicht auf eine Verbesserung im ärztlichen und pflegerischen Bereich. Auch Apotheker haben eine wesentliche Aufgabe bei der möglichen Verbesserung der Schmerztherapie, hier insbesondere durch Aufklärungsarbeit, durch Kontrolle und durch entsprechende Hinweise auf mögliche Maßnahmen (86). Es ist auch erforderlich, dass sich mehr Psychologen, Psychosomatiker und Psychiater für die Spezielle Schmerzpsychotherapie qualifizieren, um das Behandlungsangebot für die Patienten in diesem Bereich zu verbessern (67).

### 5.9 Schmerztherapie – Aus- und Weiterbildung

Grundvoraussetzung für eine qualifizierte Tätigkeit ist eine qualifizierte Ausbildung. Schmerztherapie und Palliativmedizin sind in der Approbationsordnung nicht als Pflichtfach verankert (9). Es steht den Universitäten frei, schmerztherapeutische und palliativmedizinische Inhalte zu lehren oder dies zu unterlassen. Angehenden Ärzten fehlen also die Grundkenntnisse, ein freiwilliges Curriculum reicht nicht aus (65). Die WHO fordert die Ausbildung von angehenden Ärzten in Palliativmedizin. Einige Länder – z.B. Großbritannien – haben diese Forderung erfüllt (32). Über die Ausbildung in Schmerztherapie gibt es keine vergleichbaren Veröffentlichungen. Hier ist also die Situation noch schlechter.

Entsprechend sind die Defizite. Von 440 Ärzten für Allgemeinmedizin in Österreich gaben nur 28 % an, während des Studiums oder während der Weiterbildung ausreichend bis sehr gut über Schmerztherapie informiert worden zu sein. Informationen über Palliativmedizin erhielten nach eigener Einschätzung nur 18 % der Ärzte (49). Damit haben nicht einmal die Hälfte der Ärzte während ihrer Aus- und Weiterbildung Grundkenntnisse in Schmerztherapie und Palliativmedizin erwerben können.

Die Weiterbildungsordnung zum Facharzt setzt zwar voraus, dass der klinisch tätige Facharzt Kenntnisse in der allgemeinen Schmerztherapie und der Betreuung Schwerstkranker und Sterbender erworben hat (88). Dies ist jedoch nicht einmal für jede Fachrichtung inhaltlich umgesetzt. Große klinische Fächer haben Schmerztherapie nicht in ihren Weiterbildungsinhalten. Lediglich die „Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten“ ist in den meisten Fächern aufgeführt.

Dabei war Deutschland einmal Vorreiter, als wir 1996 die Zusatzweiterbildung „Spezielle Schmerztherapie“ als erstes Land in Europa eingeführt haben. Im Jahr 2003 ist die Zusatzweiterbildung „Palliativmedizin“ gefolgt (22). Es gibt aber immer noch zu wenige Lehrstühle für Palliativmedizin und noch überhaupt keinen für Schmerztherapie.

## 6. Thesen zur Schmerztherapie

### 6.1 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.

### 6.2 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 perioperative Schmerztherapie fördert die frühzeitige Mobilisierung und Erholung, senkt die Komplikationsrate und verkürzt die Verweildauer auf der Intensivstation und im Krankenhaus.

4. Allein Schmerz als 5. Vitalzeichen zu prüfen, reicht nicht aus. Auch mögliche Nebenwirkungen der Therapie und die körperliche Funktion sind zu prüfen.
5. Durch eine effektive perioperative Schmerztherapie können Behandlungskosten erheblich gesenkt werden.
6. Akutschmerzdienste gehören in jedes Krankenhaus.

### 6.3 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.

### 6.4 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 Schmerzkrankungen 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.

### 6.5 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 in 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. 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.
7. Insbesondere bei alten Patienten mit chronischem Schmerz bedeutet dies eine weitere Einschränkung der Autonomie.

## 7. Sterben und Palliativbegleitung

Die Palliativmedizin widmet sich der Behandlung und Begleitung von Patienten mit einer nicht heilbaren, progredienten und weit fortgeschrittenen Erkrankung mit begrenzter Lebenserwartung. Palliativmedizin ist nicht auf Tumorpatienten beschränkt, sondern ein Angebot für alle Patienten mit einer weit fortgeschrittenen, lebensbegrenzenden Erkrankung, unabhängig von der Art der Erkrankung (90). Eine effektive Schmerz- und Symptomkontrolle gehört zu den zentralen Anliegen einer guten Palliativmedizin. Dabei muss berücksichtigt werden, dass das Phänomen Schmerz sich nicht nur körperlich ausdrückt, sondern auch existenzielle Bedeutung hat. In der Begleitung des Sterbenden geht es aber nicht nur um Schmerzlinderung, sondern auch um andere Formen des Leidens. Etwa 95% aller Schmerzen können mit den Möglichkeiten der modernen Schmerztherapie gut gelindert werden (94).

Das Wissen um diese Möglichkeiten wird aber noch nicht in ausreichendem Maße umgesetzt. Der Umgang mit den Problemen Sterbenskranker muss deswegen verstärkt in der Ausbildung sowie Fort- und Weiterbildung berücksichtigt werden (37). Die Betreuung Sterbenskranker erfordert in besonderem Maße nicht nur klinische, sondern auch ethische Kompetenz, Kommunikation und multiprofessionelle Zusammenarbeit, zudem die Bereitschaft, eigene Grenzen zu erkennen (10). Nur auf diesem Wege kann es gelingen, Extremsituationen (z.B. „Total Pain“) vorzubeugen bzw. zu bewältigen. Auch der Umgang mit Leid und existenziellen Fragen gehört zu den Aufgaben der Palliativbetreuung. Diese Aufgabe ist eine Herausforderung für alle an der Betreuung sterbenskranker Menschen Beteiligten. Besondere Beachtung verdient die Tatsache, dass palliative Betreuung nicht nur Tumorpatienten betrifft, sondern alle kurativ nicht mehr behandelbaren Patienten in allen Alterstufen (59).

Die Grundsätze der Bundesärztekammer (23) geben Hinweise zur Betreuung von Sterbenskranken und Sterbenden sowie von Patienten mit infauster Prognose und mit schwerster zerebraler Schädigung. Solche Empfehlungen können den Umgang mit

Unsicherheit oder Konflikten erleichtern, jedoch nicht alle Probleme lösen. Die modernen Möglichkeiten der Palliativbetreuung (inklusive palliative Sedierung) stellen eine echte Alternative zu den Forderungen nach einer Legalisierung der „Tötung auf Verlangen“ dar. Die ärztliche Unterstützung der Selbsttötung gehört nicht in den Verantwortungsbereich der Palliativmedizin. Die flächendeckende Palliativversorgung sollte eine besondere gesundheitspolitische Priorität erhalten, auch, um eine klare Alternative zu der Vorstellung zu bieten, die Tötung auf Verlangen müsse legitimiert werden. Dass mittlerweile jeder Patient einen Rechtsanspruch auf ambulante spezialisierte Palliativversorgung hat, ist ein erster Schritt in die richtige Richtung (42). Es bleibt unklar, warum sich dieser Rechtsanspruch nur auf die ambulante Versorgung bezieht.

## 7.1 Hilfe für den 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.

Allerdings werden die Prinzipien der Palliativmedizin und auch das palliativmedizinische Wissen und Können, z.B. in der Schmerztherapie, noch nicht adäquat umgesetzt. So werden Patienten in ihrem letzten Lebensabschnitt häufig noch unzureichend betreut mit der Folge, dass sie selbst und auch ihre Angehörigen dem Leiden und der Überforderung ausgesetzt sind.

Gleichzeitig sehen wir, dass die an sich segensreichen technischen Möglichkeiten der Erhaltung des Lebens durch intensivmedizinische Maßnahmen auch in Situationen unternommen oder fortgesetzt werden, in denen sie für den Patienten medizinisch nicht mehr sinnvoll erscheinen, u.U. vom Patienten nicht gewollt werden oder diesen sogar unnötig belasten und den Sterbeprozess erschweren. Diese Faktoren – eine unzureichende Palliativbetreuung (Untertherapie) und die lebensverlängernde Übertherapie, zusammen mit der Befürchtung vieler Menschen, daran nichts ändern zu können – stimulieren die Suche nach einem

radikalen Ausweg. 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. Für dieses Verbot werden viele Gründe geltend gemacht, v.a. die Verpflichtung des Arztes, als Garant der Lebenserhaltung zu wirken, die Bewahrung des Vertrauens in den Berufsstand, aber auch die Sorge vor möglichem Missbrauch, wenn etwa gegen den Willen des Patienten oder aus ökonomischen Interessen gehandelt würde.

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 trennscharf von unzulässigen Formen unterscheiden oder scheut davor zurück, für eine solche Entscheidung Verantwortung zu übernehmen. Ähnlich sieht es bei der konsequenten Behandlung von Schmerzen oder anderer Leiden am Lebensende aus. Eine symptomorientierte, 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 muss, und sie ist auch dann nicht verboten, wenn eine Medikation den Sterbeprozess beschleunigen sollte. Solche Maßnahmen sind ethisch und rechtlich zulässig, solange sie eindeutig das Ziel der Linderung von Symptomen verfolgen und nicht darauf abzielen, den Tod herbeizuführen. Hier sind die Patienten und ihre Angehörigen selbst gefordert. Aktuelle Daten belegen, dass die breite Bevölkerung sehr wohl reflektierte Vorstellungen zur Gestaltung des Sterbens hat (75). Patienten und Angehörige können und sollen sich auf Fragen am Lebensende einstellen und vorbereiten. Es ist Patienten zu empfehlen, frühzeitig eine Person des Vertrauens

mit einer Vorsorgevollmacht auszustatten und mit diesem Bevollmächtigten darüber zu beraten, wie im Ernstfall vorzugehen wäre, wenn man sich vorübergehend oder auf Dauer nicht selbst äußern kann. Die Wünsche des Patienten können mit Hilfe einer Patientenverfügung festgehalten werden, wobei auch ein Arzt beratend hinzugezogen werden sollte. Der in einer Patientenverfügung geäußerte Wille ist dann grundsätzlich verbindlich und Grundlage ärztlichen Handelns, wenn der Patient vorübergehend oder auf Dauer nicht entscheidungsfähig ist, und wenn die Patientenverfügung sich inhaltlich auf die aktuelle Situation bezieht (24).

Als Hilfestellung kann ein Ethikonsil, eine ethische Beratung auch von Seiten des Patienten oder seiner Angehörigen erbeten werden (26). Dies ist eine Beratungsform, die bisher meist nur in stationären Einrichtungen praktiziert wird; für den niedergelassenen Bereich sind Modellprojekte noch zu entwickeln. Die Möglichkeiten sind den Patienten noch wenig bekannt und sollten gezielt gefördert werden; auch halten noch nicht alle Kliniken kompetente ethische Beratung vor. Dabei können Kliniken mit solchen Angeboten ihren Respekt vor dem Willen des Patienten zum Ausdruck bringen. Der international klare Trend, dass Kliniken für eine Ethikberatung in Zweifelsfällen oder Konflikten sorgen bzw. sorgen sollen, dürfte sich in der Zukunft noch verstärken und artikulieren.

### 7.2 Selbsttötung

Der Wunsch eines Menschen, das eigene Leben zu beenden, wird aus der Sicht der Suizidverhütung mit gutem Grund primär mit der Frage beantwortet, ob dieser Sterbewunsch durch gezielte Hilfe überwunden und die Tat verhindert werden kann. Oft ist es bei Tumorpatienten nicht einmal der Schmerz, der zu diesem Wunsch führt, sondern eine Depression oder Vereinsamung (19, 57). Eine sorgfältige Untersuchung kann meist zu einer erfolgreichen Therapie führen, die das Leiden mindert und den Todeswunsch zurückstellt (12). Palliativmedizin reduziert den Wunsch nach Euthanasie (80). Menschen, die nach einem Suizidversuch und erfolgter Rettung befragt wurden, korrigierten mehrheitlich ihre Suizidabsicht (35, 87).

Es gibt jedoch auch Fälle, in denen Menschen etwa wegen einer zum Tode führenden oder mit unerträglichen Leiden verbundenen Erkrankung für sich das Recht auf Selbsttötung in Anspruch nehmen wollen. Diese Freiheit darf ihnen nicht verwehrt werden, da Suizidhandlungen nach deutschem Recht nicht strafbar sind. Ebenso ist die Unterstützung bei der Vorbereitung der Selbsttötung nicht mit Strafe bewehrt. In Deutschland ist diese liberale Haltung einerseits fest verankert, andererseits existiert ein Wertungswiderspruch, der die Freiheit zur Selbsttötung und zur Beihilfe einschränkt oder sogar konterkariert. Dieser Wertungswiderspruch entspringt aus der gesetzlichen Garantenpflicht, Leben zu retten, die jeder Bürger, insbesondere aber der Arzt, innehat (76). Im Nachbarland Schweiz hat sich die Ärzteschaft dieser Problematik durch eine öffentliche Diskussion gestellt. Wegen grenzüberschreitend tätiger Vereine zur Suizidbeihilfe ist aber auch die deutsche Öffentlichkeit herausgefordert. Die Garantenpflicht gilt in der Schweiz ebenso wie in Deutschland. Die Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (SAMW) sieht in ihren medizinisch-ethischen Richtlinien zur Sterbebegleitung verschiedene Bedingungen vor, die eingehalten werden sollen, wenn ein Arzt bei einer Selbsttötung helfen will (77). Diese sind ähnlich wie das Protokoll der ärztlichen Suizidbeihilfe von Oregon, der als einziger amerikanischer Bundesstaat ‚Physician Assisted Suicide‘ geregelt und unter bestimmten Bedingungen zugelassen hat (83). In Deutschland findet eine konstruktive, öffentliche Diskussion des Themas Beihilfe zum Suizid nur sehr zaghafst statt.

## 8. Recht und Rechte von Patienten

### 8.1 Recht der Schmerzbehandlung

Der humane Auftrag des Grundgesetzes verpflichtet zu einer angemessenen Schmerzbehandlung. Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit wird berührt, wenn einem kranken Menschen eine nach dem Stand der medizinischen Forschung prinzipiell zugängliche Therapie, mit der eine wesentliche Linderung seines Leidens erreicht werden kann, versagt



wird. Darauf hat das Bundesverfassungsgericht in seinem Beschluss vom 11. August 1999 (NJW 1999, 3399) ausdrücklich hingewiesen. Das Bundesverwaltungsgericht hat dies in dem Urteil vom 19. Mai 2005 (NJW 2005, 3300) mit folgenden Worten umschrieben: „In das Recht auf körperliche Unversehrtheit kann nicht nur dadurch eingegriffen werden, dass staatliche Organe selbst eine Körperverletzung vornehmen oder durch ihr Handeln Schmerzen zufügen. Der Schutzbereich des Grundrechts ist vielmehr auch berührt, wenn der Staat Maßnahmen ergreift, die verhindern, dass eine Krankheit geheilt oder wenigstens gemildert werden kann und wenn dadurch körperliche Leiden ohne Not fortgesetzt und aufrechterhalten werden. Das gilt insbesondere durch die staatliche Unterbindung des Zugangs zu prinzipiell verfügbaren Therapiemethoden zur nicht unwesentlichen Minderung von Leiden. Schwere Krankheit und das Leiden an starken, lange dauernden Schmerzen können den Betroffenen hindern, ein selbstbestimmtes und seinen Vorstellungen von einem menschenwürdigen Leben entsprechendes Leben zu führen. Daraus folgt, dass die Therapie schwer kranker Menschen nicht nur jeweils deren individuelle Interessen verfolgt, sondern ein Anliegen der Allgemeinheit ist.“

Der Staat darf sich daher nicht darauf beschränken, einen Anspruch auf Gewährleistung einer wirksamen Schmerztherapie im Einzelfall durch seine Zivilgerichte durchzusetzen. Er muss auch die öffentlich-rechtlichen und sozialrechtlichen, insbesondere kassenrechtlichen Voraussetzungen dafür schaffen, dass Arzt und Krankenhaus nicht durch unzureichende Kostenerstattungsregelungen, eingeschränkte Budgets oder hemmende Verwaltungsvorschriften daran gehindert werden, eine wirkungsvolle Schmerztherapie zur Verfügung zu stellen. Es reicht nicht aus, allein das Grundleiden zu behandeln, weil die Lebensqualität eines Menschen durch starke und länger andauernde Schmerzen genauso beeinträchtigt wird wie durch das Grundleiden selbst. Deswegen hat der Bundesgerichtshof schon im Jahr 1985 (vgl. BGHZ 95, 63) den Einwand eines Krankenhauses, es sei auf dem Gebiet der Anästhesiologie unterversorgt, nicht gelten lassen. Für die zivilrechtliche Haftung des

Krankenhausträgers kommt es allein darauf an, welche anästhesiologische bzw. schmerztherapeutische Leistung geschuldet ist und nicht darauf, ob zu wenig Fachärzte verfügbar waren.

Auch in der Rechtsprechung der Strafgerichte ist anerkannt, dass das pflichtwidrige Hervorrufen, Steigern oder Aufrechterhalten von Schmerzen den Straftatbestand der Körperverletzung erfüllt, der auch durch Unterlassen und durch Fahrlässigkeit begangen werden kann. So hat das Oberlandesgericht Düsseldorf 1991 (JR 1992, 37) eine Hebamme wegen fahrlässiger Körperverletzung verurteilt, weil sie durch Verletzung ihrer Betreuungspflicht gegenüber der Schwangeren dieser bei der Geburt zusätzliche Schmerzen verursacht hat. Das Oberlandesgericht Hamm hat schon 1974 (NJW 1975, 604) ausgesprochen, dass sich ein Bereitschaftsarzt durch pflichtwidrige Untätigkeit, die bei einem Kranken das Aufrechterhalten erheblicher Schmerzen zur Folge hat, der vorsätzlichen oder fahrlässigen Körperverletzung durch Unterlassen schuldig machen kann. Im Jahre 1995 hat der Bundesgerichtshof eine Mutter der vorsätzlichen Körperverletzung für schuldig befunden, weil sie es unterlassen hat, rechtzeitig ärztliche Hilfe zur Linderung der Schmerzen ihres Kindes in Anspruch zu nehmen (NJW 1995, 3194). Wörtlich heißt es in dem Urteil vom 20. Juli 1995: „Denn auch derjenige macht sich der Körperverletzung schuldig, der unter Verletzung seiner Handlungspflicht zur Aufrechterhaltung erheblicher Schmerzen beiträgt.“ Die Schmerzbehandlung darf nicht nur als sekundäres Behandlungsziel betrachtet werden, das mittelbar aus der Behandlung des Grundleidens folgt. Schmerztherapie kann insbesondere bei chronischen Schmerzen eine vorrangig und unmittelbar aus dem Arztvertrag geschuldete Dienstleistung sein. Der Arzt muss den Schmerzpatienten, dem er selbst nicht ausreichend helfen kann, an einen in der Schmerzbehandlung besonders qualifizierten Arzt, eine spezielle Schmerzbambulanz oder eine Schmerzklinik überweisen.

Der Patient trägt auch von Rechts wegen eine wesentliche Verantwortung dafür, dass die Schmerztherapie Erfolg hat, wenn seine Mitarbeit möglich und notwendig ist, um wirksam zu sein.

Der Rechtsanspruch auf umfassende Schmerzdiagnostik und eine dem jeweiligen Standard entsprechende Schmerzbehandlung steht jedermann zu, und zwar unabhängig davon, ob er, wie z.B. Kinder, seine Ansprüche nicht selbst geltend machen oder er dies, z.B. infolge einer vorübergehenden oder dauernden Behinderung, nicht mehr selbst kann. Da Kinder (und Neugeborene) in der Öffentlichkeit ihre Interessen nicht wirksam vertreten können, sind deren Vertreter und die behandelnden Ärzte im Besonderen verpflichtet, bei der medizinischen Versorgung darauf zu achten, ob sie unter Schmerzen leiden oder leiden könnten, und nicht nur alle Möglichkeiten der Heilung, sondern auch der Schmerzlinderung auszuschöpfen. Es ist von Rechts wegen dafür zu sorgen, dass Medikamente und medikamentöse Therapien zur Schmerzbehandlung im Kindesalter geprüft werden, wenn die pharmazeutischen Firmen – wie es leider oft der Fall ist – nur ein geringes Interesse an klinischen Arzneimittelprüfungen mit Kindern erkennen lassen. Besonderer Beachtung bedürfen ferner hochbetagte Schmerzpatienten, gerade auch dann, wenn sie sich zu ihren Empfindungen, z.B. infolge fortgeschrittener Demenz, nicht mehr eindeutig äußern können. Deswegen ist eine adäquate Schmerztherapie in Alten- und Pflegeheimen, speziell bei Sterbenden, rechtlich gefordert.

Eine Schmerztherapie setzt das Einverständnis des Patienten voraus. Dieses ist rechtlich nur dann wirksam, wenn er ausreichend über die Folgen, insbesondere auch die Nebenwirkungen der Schmerztherapie aufgeklärt worden ist. Der Patient muss auch über die Alternativen einer Schmerztherapie aufgeklärt werden. Dazu kann sich der Patient auch in einer Patientenverfügung äußern. Eine solche Willensäußerung bindet den Arzt, wenn sie auf die konkrete Situation zutrifft. Kann der Patient diese Entscheidung nicht im Voraus sicher treffen, wird es sich empfehlen, diese Befugnis einer Vertrauensperson zu erteilen, die er in einer Vorsorgevollmacht benennt. In dem Fall, in dem der Patient nicht mehr selbst entscheiden kann, ist es Aufgabe des Arztes, die Schmerztherapie mit dem Vorsorgevollmächtigten oder dem Betreuer abzusprechen. Ist kein Vertreter eines einwilligungsunfähigen Patienten

vorhanden oder erreichbar, so wendet der Arzt die Schmerztherapie an, die dem mutmaßlichen Willen des Patienten und dessen Interesse entspricht. Auch der Vertreter des Patienten ist verpflichtet, dafür zu sorgen, dass alle medizinischen Möglichkeiten der Schmerzbehandlung ausgeschöpft werden.

Der Bundesgerichtshof hat eine effektive Schmerzbehandlung für so bedeutsam angesehen, dass er sie auch dann zugelassen hat, wenn dadurch der Sterbevorgang beschleunigt wird (BGHSt 42, 301; 46, 284/285): In seinem Urteil vom 15. November 1996 heißt es wörtlich: „Eine ärztlich gebotene schmerzlindernde Medikation entsprechend dem erklärten oder mutmaßlichen Patientenwillen wird bei einem Sterbenden nicht dadurch unzulässig, dass sie als unbeabsichtigte, aber in Kauf genommene unvermeidbare Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.“

Zu einer wirksamen Schmerztherapie am Lebensende kann auch eine palliative Sedierung gehören, wenn andere Möglichkeiten zur Unterdrückung schwerster Schmerzen nicht ausreichen.

### 8.2 Rechtliche Grundsätze der Schmerzbehandlung

1. Jeder Mensch mit Schmerzen hat einen Anspruch auf eine angemessene Schmerzbehandlung.
2. Jeder Patient hat einen Anspruch auf sorgfältige und umfassende Untersuchung der Schmerzzustände sowie auf umfassende Diagnostik und Therapie unter Einschluss psychologischer, psychiatrischer und sozialer Aspekte.
3. 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.
4. Die Umsetzung der Schmerztherapie setzt das ausdrückliche oder mutmaßliche Einverständnis des Patienten voraus.
5. Es gibt keinen Anspruch auf Schmerzfreiheit, sondern nur den auf eine Schmerzbehandlung, die den aktuellen Standards und Leitlinien der Schmerztherapie entspricht.

6. Zu einer dem medizinischen Standard entsprechenden Schmerzbehandlung gehört in der Regel ein abgestuftes Vorgehen. Chronischer Schmerz als biopsychosoziale Erkrankung erfordert ein interdisziplinäres Vorgehen.
7. Bleibt bei einer lebensbedrohenden Erkrankung die Schmerztherapie 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.
8. Eine dem medizinischen Standard entsprechende Schmerzbehandlung wird nicht dadurch unzulässig, dass sie bei Todkranken als unbeabsichtigte Nebenfolge den Todeseintritt beschleunigen kann.

## 9. Religion und spirituelle Aspekte

Die Globalisierung schafft auch in der Medizin die Notwendigkeit, sich mit den verschiedenen kulturellen und religiösen Hintergründen der Patienten auseinanderzusetzen, um jeden Patienten individuell behandeln zu können. Dazu gehört auch die Kenntnis der Wechselwirkung zwischen Schmerzverständnis und den häufigsten Religionen in Deutschland (21).

Die so genannten Weltreligionen sind in ihrer grundsätzlichen Ausrichtung primär lebensbejahende Religionen und kultivieren 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 Potential, den gewählten, notwendigen Behandlungsweg in seinem Verlauf positiv zu beeinflussen.

### 9.1 Christentum

Sterben und Tod Jesu Christi stehen im Mittelpunkt der christlichen Botschaft, die hierdurch zugleich verkündet, dass der Tod nicht das Ende des Menschen ist.

Beide christlichen Kirchen in Deutschland haben in den vergangenen Jahren ausführlich und gemeinsam (Deutsche Bischofskonferenz und Evangelische Kirche in Deutschland) zu den Themenbereichen Krankheit, Schmerz, Leiden und Lebendense Stellung bezogen (34). In den zahlreichen Erklärungen wird die Medizin nicht nur als Beruf, sondern auch als Berufung verstanden. Das Potential dieser Wissenschaft, mit ihren Mitteln die Situation eines Patienten zu verbessern, stellt grundsätzlich einen Segen dar: Gott wirkt für und durch seine Schöpfung.

Dort aber, wo die medizinische Leistungsfähigkeit Grenzen erreicht, ist es besonders wichtig, den Wunsch des gläubigen Patienten nach Seelsorge und Fürbitte zu respektieren und ihm zu entsprechen - sei es durch Hinzuziehen eines Pfarrers oder durch medizinische und pflegende Mitarbeiter, die ebenfalls den christlichen Glauben praktizieren. Es ist der Sterbende, der am Ende seines Lebens über sich selbst bestimmen dürfen muss. Der Patient darf, wenn er will, mittels der Möglichkeiten der Medizin eine weitgehende Schmerzlinderung auch dann beanspruchen, wenn diese mit dem Risiko der Lebensverkürzung verbunden ist. Gemäß dem Prinzip der „doppelten Wirkung“ (82) darf dieses tödliche Risiko unter den gegebenen Umständen hingenommen werden, sofern das Eintreten des Todes nicht beabsichtigt ist (68).

Bei nicht mehr äußerungsfähigen Patienten muss der Arzt überzeugt sein, dass sein Tun zum Besten des Patienten ist (64).

### 9.2 Judentum

In der zeitgenössischen jüdischen Bioethik wird die besondere Bedeutung des Patientenwillens hervorgehoben. Der Patient übernimmt bei der Entscheidungsfindung für die anstehende Behandlung eine aktive und verantwortungsbewusste Rolle. Schmerzen sollen unverzüglich behandelt werden, und in diesem Zusammenhang ist der Patient die entscheidende Instanz hinsichtlich der Frage, wie viel und welch großen Schmerz er ertragen kann. Seine Entscheidung kann durchaus im Widerspruch zur

Meinung der ihn behandelnden Ärzte und Pfleger stehen. Um unerträgliche Schmerzen zu verhindern, dürfen sämtliche Maßnahmen, die die Grenze zum direkten Töten nicht überschreiten, angewendet werden (31).

### 9.3 Islam

Aus Sicht des Islam, der jüngsten monotheistischen Religion, ist das Leben heilig und hat sowohl seinen Ursprung als auch sein Ziel in Gott. Auch der durch Krankheiten verursachte Tod tritt nur dann ein, wenn Gott es erlaubt. Da Krankheiten aber auch zu einem vorzeitigen Tod führen können, ist es Aufgabe der Medizin, ihre Möglichkeiten auszuschöpfen. Es gilt daher als Pflicht eines Gläubigen, sich medizinisch behandeln zu lassen, denn der Prophet Mohammed lehrt: „Für jede Krankheit gibt es eine Heilung, außer für den Tod“ (8). Erscheint eine Heilung als nicht möglich, ist es die vordringliche Aufgabe des behandelnden Arztes, dem betreffenden Patienten, ohne hierbei notwendigerweise zu lügen, eine positive Botschaft zu vermitteln.

Aktive Sterbehilfe oder ärztlich assistierte Selbsttötung eines sterbenskranken Patienten stehen im Islam nicht im Einklang mit Gottes Geboten. Ein früherer Tod darf nur als Nebenfolge der Schmerzbehandlung hingenommen werden. Voraussetzung hierfür allerdings ist, dass eine Erörterung der Situation und Übereinstimmung unter allen Beteiligten stattgefunden hat. Gemäß der islamischen Ethik, die im klassischen Islam mit dem religiösen Gesetz (Scharia) identisch ist, ist das Wohlbefinden des Einzelnen mit dem der Familienangehörigen und der Glaubensgemeinschaft verbunden. Entscheidungen am Lebensende werden deshalb mit allen in enger Beziehung zum Patienten stehenden Personen getroffen. Lebensretung gilt im Islam als eine der höchsten Leistungen und als eines der wichtigsten Gebote (53). Sie kann bewirken, dass geltende religiöse Gebote (z.B. das Fasten während des Ramadan) für einen zu bestimmenden Zeitraum außer Kraft gesetzt werden dürfen (48, 51).

## 10. Handlungsbedarf

Die Situation für viele Tausend Schmerzpatienten und Palliativpatienten, ihre Familien und das Umfeld muss grundlegend verbessert werden, um dem vordringlichen Gesundheitsproblem „akuter und chronischer Schmerz“ in Deutschland gerecht zu werden. Im Zentrum aller Bemühungen muss der Patient stehen. Seine Rechte müssen beachtet und seine Wünsche, z. B. in Form von Patientenverfügungen, respektiert werden. Gezielte Beachtung ist besonders hilfsbedürftigen Patientengruppen zu widmen, v.a. Kinder und Betagte sind hier zu nennen. Spezielle Diagnosemethoden und Therapiemethoden sind zu entwickeln und zu verfeinern, um die eingeschränkte Kommunikations- und Entscheidungsmöglichkeit dieser Patienten zu berücksichtigen.

Eine Notwendigkeit ist die Verbesserung der Aus- und Weiterbildung. Schmerzdiagnostik und Schmerztherapie müssen in die Approbationsordnung für Ärzte aufgenommen werden, damit alle jungen Ärzte die Grundlagen der Diagnostik und Therapie lernen. Schmerz muss auch in die Weiterbildungsordnungen der klinischen Fächer aufgenommen werden, damit in den einzelnen Gebieten die Schmerzprobleme beherrscht und rechtzeitige Prophylaxe betrieben werden kann. Aus systematischen Gründen ist die Einrichtung eines Facharztes für Schmerztherapie erforderlich. Nur so kann eine qualitative Grundlage an den Universitäten gelegt werden. Voraussetzung dazu ist auch die Einrichtung von entsprechenden Professuren und Lehrstühlen. Ein wesentlicher Baustein der Diagnostik und Therapie ist eine vertrauensvolle Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Auch verbale und nicht-verbale Kommunikation muss an den Universitäten verstärkt gelehrt werden.

Voraussetzung für eine wirksame Therapie ist das Verstehen der Mechanismen der Schmerzentstehung und -aufrechterhaltung. Schmerzforschung kann ganz wesentlich auch zur Verbesserung in der klinischen Versorgung beitragen. Die Schmerzforschung in Deutschland muss stärker und besser unterstützt werden. Die deutsche Schmerzforschung

nimmt zwar auch ohne ausreichende institutionelle Unterstützung einen Spitzenplatz ein; diesen zu sichern, sollte jedoch ein wichtiges Ziel sein. Schmerz sollte sich im Diagnosekatalog (ICD) als eigenständige Diagnose finden. Bei einer Verschlüsselung über andere Diagnosen kann Schmerz nur als Symptom einer Erkrankung verstanden werden, nicht aber als eigenständige Erkrankung. Parallel dazu müssen Schmerzdagnostik und Schmerztherapie in den Katalog der Prozeduren (OPS) aufgenommen werden. Nur dann besteht die Möglichkeit, Schmerz als eigenständige Erkrankung mit den entsprechenden biopsychosozialen Folgen zu behandeln und die Behandlung auch zu honorieren. Dies soll auch die Möglichkeit bieten, Schmerztherapie in den entsprechenden Gebührenordnungen (EBM und GOÄ) adäquat abzubilden. Der Schmerz erfordert eine gestufte Versorgung. Jeder Hausarzt und Facharzt sollte die Grundlagen der Schmerzdagnostik und Schmerztherapie beherrschen und mit den Möglichkeiten der Schmerzprophylaxe vertraut sein. Dies würde die Möglichkeit eröffnen, das Problem Schmerz sowohl quantitativ als auch qualitativ besser zu beherrschen. Für spezielle Fragen sollten entsprechend weitergebildete Spezialisten verfügbar sein. Für Fälle, in denen auch diese nicht ausreichend helfen können, muss ein interdisziplinäres Schmerzzentrum (ambulant oder stationär) zur Verfügung stehen. Möglichkeiten zur multimodalen Schmerztherapie in besonderen Einrichtungen sollten gefördert werden. Eine solche gestufte Versorgung sollte in Deutschland flächen-

deckend geschaffen werden. Deutschland war einmal internationaler Vorreiter einer interdisziplinären Schmerztherapie. Diese Position sollte wieder erreicht werden.

Eine gestufte und flächendeckende Versorgung ist in gleichem Maß für die Palliativmedizin erforderlich. Hausärzte sollten die Basisversorgung übernehmen können. Für schwierig beherrschbare Symptomkonstellationen sind stationäre palliativmedizinische Zentren erforderlich.

Die Prinzipien einer gestuften Therapie sollten eingehalten werden. Einfache Methoden und nicht-invasive Maßnahmen stehen in der Regel am Anfang und können langsam in Bezug auf Aufwand und Invasivität gesteigert werden, um dem Patienten gerecht zu werden. Eine Übertherapie ist ebenso zu vermeiden wie Untertherapie oder Unterdiagnostik. Nicht nur die Ärzte und andere Mitarbeiter des Gesundheitswesens sind zu einer intensivierten Sorge um Schmerzpatienten verpflichtet. Der Politik obliegt die besondere Verpflichtung, die entsprechenden Strukturen zu schaffen und nachhaltig zu unterstützen.

Besondere Verantwortung für Schmerzpatienten kommt den Berufsgenossenschaften und Rentenversicherungen zu. Sie haben zu gewährleisten, dass Patienten durch Arbeitsunfälle und berufliche Ursachen nicht vorzeitig aus der sozialen Bindung herausfallen. Hierzu sind geeignete Maßnahmen der Prophylaxe und Therapie bei diesen Patienten zu schaffen. Auch entsprechend qualifizierte Einheiten sind zu errichten bzw. zu unterhalten.

### 11. 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 von 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.**

## 12. Literatur

Die Literaturangaben in Kapitel 8. „Recht und Rechte der Patienten“ entsprechen der in der juristischen Literatur üblichen Zitierweise.

1. Aasvang EK, Bay-Nielsen M, Kehlet H (2006) Pain and functional impairment 6 years after inguinal herniorrhaphy. *Hernia* 10(4):316-21
2. AGS Panel on Persistent Pain in Older Persons (2002) The management of persistent pain in older persons. *J Am Geriatr Soc* 50(6 Suppl):S205-24
3. Airaksinen O, Brox JJ, Cedraschi C, Hildebrandt J, Klüber-Moffett J, Kovacs F, Mannion AF, Reis S, Staal JB, Ursin H, Zanoli G (2006) COST B13 Working Group on Guidelines for Chronic Low Back Pain. Chapter 4. European guidelines for the management of chronic nonspecific low back pain. *Eur Spine J* 15 Suppl 2:S192-300
4. Albisser Schleger H, Reiter-Theil S (2007) „Alter“ und „Kosten“ – Faktoren bei Therapieentscheidungen am Lebensende? Eine Analyse informeller Wissensstrukturen bei Ärzten und Pflegenden. *Ethik Med* 19,2: 103-119
5. Amelung K, Beulke W, Lilie H, Rosenau H, Rüping H, Wolfslast G (2003) (Hrsg) *Strafrecht Biorecht Rechtsphilosophie. Festschrift für Hans-Ludwig Schreiber*. C.F. Müller Verlag, Heidelberg
6. Anand KJ, Hickey PR (1992) Halothane-morphine compared with high-dose sufentanil for anesthesia and postoperative analgesia in neonatal cardiac surgery. *N Engl J Med* 326(1):1-9
7. Anand KJS (2006) Summary Proceedings from the Neonatal-Pain control Group. *Pediatrics* 117: S9-S22
8. Al Khayat M (1997) *Health: An Islamic Perspective*. Alexandria, Egypt: WHO Regional Office for the Mediterranean, Alexandria, S. 12-13
9. Approbationsordnung für Ärzte: <http://www.approbationsordnung.de/AO/ao-neu.pdf>
10. Aulbert E, Nauck F, Radbruch L (2007) *Lehrbuch der Palliativmedizin*. 2.Auflage. Schattauer Verlag
11. Baron R, Strumpf M (Hrsg.) (2007) *Praktische Schmerztherapie*. Springer, Heidelberg
12. Bascom PB, Tolle SW (2002) Responding to requests for physician-assisted suicide *JAMA* 288:91-98
13. Basler HD, Bloem R, Casser HR, Gerbershagen HU, Griessinger N, Hankemeier U, Hesselbarth S, Lautenbacher S, Nikolaus T, Richter W, Schröter C, Weiss L (2001) Ein strukturiertes Schmerzinterview für geriatrische Patienten. *Schmerz* 15: 164-171
14. Basler HD, Huger D, Kunz R, Luckmann J, Lukas A, Nikolaus T, Schuler MS (2006) Beurteilung von Schmerzen bei Dement (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. *Schmerz* 20(6):519-26
15. Basler HD (2007) Schmerz und Alter. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) (2007) *Schmerzpsychotherapie*. Springer, Heidelberg, S 195-206
16. Bay-Nielsen M, Perkins FM, Kehlet H (2001) Danish Hernia Database. Pain and functional impairment 1 year after inguinal herniorrhaphy: a nationwide questionnaire study. *Ann Surg* 233(1):1-7
17. Beauchamp TL, and Childress JF (2001) *Principles of Biomedical Ethics*. New York, USA: Oxford University Press
18. BGH, Urteil vom 22. 5. 2007 - VI ZR 35/ 06; OLG München
19. Breitbart W, Rosenfeld B, Pessin H, Kaim M, Funesti-Esch J, Galiotta M, Nelson CJ, Brescia R (2000) Depression, hopelessness, and desire for hastened death in terminally ill patients with cancer. *JAMA* 284(22):2907-11
20. Breivik H, Collett B, Ventafridda V, Cohen R, Gallacher D (2006) Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life and treatment. *Eur J Pain* 10:287-333
21. Büssing A, Ostermann T, Koenig HG (2007) Relevance of religion and spirituality in German patients with chronic diseases. *Int J Psychiatry Med* 37(1):39-57
22. Bundesärztekammer: *Kursbuch Spezielle Schmerztherapie und Kursbuch Palliativmedizin*. <http://baek.de/page.asp?his=1.128.131&all=true>
23. Bundesärztekammer (2004) Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. *Deutsches Ärzteblatt* 101(19): A1298 - A1299

24. Bundesärztekammer (2007) Empfehlungen der Bundesärztekammer und der Zentralen Ethikkommission bei der Bundesärztekammer zum Umgang mit Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung in der ärztlichen Praxis. Deutsches Ärzteblatt 104(13): A891
25. Chapman CR, Dunbar PJ (1998) Measurement in pain therapy: is pain relief really the endpoint? *Curr Opin Anaesthesiol* 11(5):533-7
26. Christopher M (2001) The role of ethic committees, ethical networks and ethic centers in improving end-of-life care. *Pain Medicine* 2: 162-168
27. Deutscher Bundestag, 15. Wahlperiode. Adäquate Versorgung von Schmerzpatienten. 2003, Drucksache 15/2295
28. Diener HC, Maier C (Hrsg.) (2001) Das Schmerztherapie Buch. Urban & Fischer
29. Diener HC, Kronfeld K, Boewing G, Lungenhausen M, Maier C, Molsberger A, Tegenthoff M, Trampisch HJ, Zenz M, Meinert R (2006) GERAC Migraine Study Group. Efficacy of acupuncture for the prophylaxis of migraine: a multicentre randomised controlled clinical trial. *Lancet Neurol* 5(4):310-6
30. Dobe M, Damschen U, Reiffer-Wiesel B, Sauer C, Zernikow B (2006) Dreiwöchige stationäre Multimodale Schmerztherapie bei Kindern und Jugendlichen mit chronischen Schmerzen. Erste Ergebnisse in der Langzeitwirkung. *Schmerz* 20 (1): 51-60
31. Dorff EN (2005) End-of-life: Jewish perspectives. *Lancet* 366(9488):862-5
32. Dowling S, Broomfield D (2002) Ireland, the UK and Europe: a review of undergraduate medical education in palliative care. *Ir Med J* 95(7):215-216
33. Ernst E (1999) Classical Homeopathy Versus Conventional Treatments: A Systematic Review. *Perfusion* 12:13-15
34. Evangelische Kirche in Deutschland. Gemeinsame Texte (Ev.-kath.) Online: <http://www.ekd.de/EKD-Texte/2064.html>
35. Felber W (1999) Typologie des Parasuizids - Suizidale Gefährdung, taxonomische Auswertung, katamnästisches Ergebnis. Roderer, Regensburg
36. Ferrell BR, Grant M, Ritchey KJ, Ropchan R, Rivera LM (1993) The pain resource nurse training program: a unique approach to pain management. *J Pain Symptom Manage* 8(8):549-56
37. Field D, Wee B (2002) Preparation for palliative care: teaching about death, dying and bereavement in UK medical schools 2000-2001. *Med Educ* 36:561-567
38. Fishman SM (2007) Recognizing pain management as a human right: A first Step. *Int Anesth Research Soc* 105:8-9
39. Flor H, Fydrich T, Turk DC (1992) Efficacy of Multidisciplinary pain treatment centers: a metaanalytic review. *Pain* 49: 221-230
40. Förde R, Vandvik ICH (2005) Clinical ethics, information and Communication: review of 31 cases from a clinical ethics committee. *J Med Ethics* 31: 73-77
41. Frewer A, Eickhoff C (Hrsg) (2000) „Euthanasie“ und die aktuelle Sterbehilfe-Debatte. Die historischen Hintergründe medizinischer Ethik. Campus, Frankfurt
42. Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz – GKV-WStG) vom 26. März 2007. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2007 Teil I Nr. 11
43. Guzman J, Esmail R, Karjalainen K, Malmivaara A, Irvin E, Bombardier C (2002) Multidisciplinary bio-psycho-social rehabilitation for chronic low back pain. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD000963
44. Haake M, Müller HH, Schade-Brittinger C, Basler HD, Schäfer H, Maier C, Enders HG, Trampisch HJ, Molsberger A (2007) German Acupuncture Trials (GERAC) for Chronic Low Back Pain: Randomized, Multicenter, Blinded, Parallel-Group Trial With 3 Groups. *Arch Intern Med*; 167(17):1892-1898
45. Hildebrandt J, Pflingsten M, Saur P, Jansen J (1997) Prediction of success from a multidisciplinary treatment program for chronic low back pain. *Spine* 22(9):990-1001
46. Hurst SA, Forde R, Reiter-Theil S, Slowther AM, Perrier A, Pegoraro R, Danis M (2007) Physicians' Views on Resource Availability and Equity in Four European Health Care Systems. *BMC Health Services Research*, 7:137 <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1472-6963-7-137.pdf>
47. International Association for the Study of Pain (1995) Guidelines for pain research in humans. Report of the Committee on Ethical Issues. *Pain* 63:277-278. <http://www.iasp-pain.org>



48. Islamic Charter of Medical and Health Ethics [www.emro.who.int/PDF/IslamicCharter\\_MedicalHealthEthics.pdf](http://www.emro.who.int/PDF/IslamicCharter_MedicalHealthEthics.pdf)
49. Janig H, Pipam W, Lastin S, Sittl R, Bernatzky G, Lika R (2005) Schmerzerleben und Schmerzbehandlung von Tumorpatienten aus der Sicht von Allgemeinmedizinern. *Schmerz* 19: 97-108
50. Johansen S, Holen JC, Kaasa S, Loge H (2005) Attitudes towards, and wishes for, euthanasia in advanced cancer patients at a palliative medicine unit. *Palliat Med* 19:454-460
51. Kamyar M. Hedayat (2001) Issues in Islamic Biomedical Ethics: A Primer for the Pediatrician. *Pediatrics* 108(4): 965-971
52. Kettler D, Simon A, Anselm R, Lipp V, Duttke G (Hrsg) (2006) Selbstbestimmung am Lebensende. Ringvorlesung im Wintersemester 2005/06. Universitätsverlag Göttingen
53. Koran, 5:32. 32. „Wenn jemand einem Menschen das Leben erhält, so soll es sein, als hätte er der ganzen Menschheit das Leben erhalten.“
54. Kröner-Herwig B (2007) Schmerz bei Kindern. In: Kröner-Herwig B, Frettlöh J, Klinger R, Nilges P (Hrsg) (2007) Schmerzpsychotherapie. Springer, Heidelberg, S 171-193
55. Kutzer K (1991) Recht auf Schmerzbehandlung. *Schmerz* 5:53-55
56. Latausch L, Freye E (2004) Schmerz und Opiode bei Neugeborenen und Säuglingen. *Anästhesist* 51:272-284
57. Lavery JV, Boyle J, Dickens BM, Maclean H, Singer PA (2001) Origins of the desire for euthanasia and assisted suicide in people with HIV-1 or AIDS: a qualitative study. *Lancet* 358(9279):362-7
58. McCleary L, Ellis JA, Rowley B (2004) Evaluation of the pain resource nurse role: a resource for improving pediatric pain management. *Pain Manag Nurs* 5(1):29-36
59. McKinley RK, Stokes T, Exley C, Field D (2004) Care of people dying with malignant and cardiorespiratory disease in general practice. *Br J Gen Pract* 54(509):909-13
60. Meissner W, Ullrich K, Zwacka S, Schreiber T, Reinhart K (2001) Qualitätsmanagement am Beispiel der postoperativen Schmerztherapie. *Anaesthesist* 50(9):661-70
61. Nilges P, Gerbershagen HU (1994) Befund und Befinden bei Schmerzen. Probleme und Gefahren einer somatisch fixierten Diagnose und Therapie. *Report Psychologie* 19(8):12-25
62. Nilges P (2007) Klinische Schmerzmessung. In: Baron R, Strumpf M (Hrsg.) *Praktische Schmerztherapie*. Springer, Heidelberg, S 67-72
63. Nolan K (1993) Buddhism, Zen and Bioethics. *Bioethics Yearbook: Vol 3*, Kluwer Academic Publishers, S.185-216
64. O'Rourke K (1992) Pain relief: the perspective of Catholic tradition. *J Pain Symptom Manage* 7(8):485-91
65. Ostgathe C, Voltz R, Nauck F, Klaschik E (2007) Undergraduate training in palliative medicine in Germany: what effect does a curriculum without compulsory palliative care have on medical students' knowledge, skills and attitudes? *Palliat Med* 21(2):155-156
66. Pflingsten M, Schöps P (2004) Chronische Rückenschmerzen – Vom Symptom zur Krankheit. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 142 (2): 146-152
67. Pflingsten M, Nilges P (2007) Patienten mit chronischen Schmerzen – Versorgungsdefizite bei spezieller Schmerzpsychotherapie. *Report Psychologie* 32(2):122-130
68. Pius XII (1957) ADDRESS of February 24, 1957, AAS 49, S. 147
69. Ranger M, Johnston CC, Anand KJ (2007) Current controversies regarding pain assessment in neonates. *31(5):283-8*
70. Reiter-Theil S (2005) Klinische Ethikkonsultation – eine methodische Orientierung zur ethischen Beratung am Krankenbett. *Schweizerische Ärztezeitung* 86(6): 436-351
71. de Rond ME, de Wit R, van Dam FS, Muller MJ (2000) A Pain Monitoring Program for nurses: effect on the administration of analgesics. *Pain* 89(1):25-38
72. Roth-Isigkeit A, Thyen U, Stöven H, Schwarzenberger J, Schmucker P (2005) Pain among children and adolescents: restrictions in daily living and triggering factors. *Pediatrics* 115:e152-162. Erratum in *Pediatrics* 2005; 115:1118
73. Schmidt CO, Kohlmann T (2005) Was wissen wir über das Symptom Rückenschmerz? Epidemiologische Ergebnisse zu Prävalenz, Inzidenz, Verlauf, Risikofaktoren. *Z Orthop Ihre Grenzgeb* 143(3):292-298

## 24 Ethik-Charta der DGSS

74. Schonstein E, Kenny DT, Keating J, Koes BW(2003) Work conditioning, work hardening and functional restoration for workers with back and neck pain. *Cochrane Database Syst Rev* 1: CD001822
75. Schröder Ch, Schmutzer G, Klaiberg A, Brähler E (2003) Ärztliche Sterbehilfe im Spannungsfeld zwischen Zustimmung zur Freigabe und persönlicher Inanspruchnahme. Ergebnisse einer repräsentativen Befragung der deutschen Bevölkerung. *Psychother Psych Med* 53: 326-333
76. Schüttauf K (2003) Suizid im Recht. Eine der umstrittensten Menschheitsfragen. In: Brudermüller G, Marx W, Schüttauf K (Hrsg) Suizid und Sterbehilfe. Königshausen & Neumann, S. 81-100
77. Schweizerische Akademie der Medizinischen Wissenschaften (2004) Betreuung von Patiententinnen und Patienten am Lebensende. Medizinisch-ethische Richtlinien. SAMW: [www.samw.ch](http://www.samw.ch)
78. Sherman KJ, Cherkin DC, Connelly MT, Erro J, Savetsky JB, Davis RB, Eisenberg DM (2004) Complementary and alternative medical therapies for chronic low back pain: What treatments are patients willing to try? *BMC Complement Altern Med* 4:9
79. Statistisches Bundesamt (2003) Bevölkerung Deutschlands bis 2050: 10. Koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung des Statistischen Bundesamtes. Wiesbaden
80. Steinhauser KE, Christakis Na, Clipp EC, McNeilly M, McIntyre L, Tulsky JA (2000) Factors considered important at the End of Life by patients, family, physicians, and other care providers. *JAMA* 284:2476-2482
81. Strumpf M, Willweber-Strumpf A, Zenz M (1998) Chronic Pain Relief - Economic considerations in chronic pain. *Baillière's Clin Anaesthesiol* 12 (1): 89
82. Sulmasy DP, Pellegrino ED (1999) The rule of double effect: clearing up the double talk. *Arch Intern Med* 159: 545-50
83. Sulmasy DP (2001) Research in Medical Ethics: Physician-Assisted Suicide and Euthanasia. In: Sugarman J, Sulmasy P (eds) *Methods in Medical Ethics*. Georgetown University Press, S 247-266
84. Turk DC, Okifuji A (1998) Efficacy of multidisciplinary pain centers: an antidote to anecdotes. *Baillière's Clin Anaesthesiol* 12 (1): 103-119
85. van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, Koes B, Laerum E, Malmivaara A (2006) COST B13 Working Group on Guidelines for the Management of Acute Low Back Pain in Primary Care. Chapter 3. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J* 15 Suppl 2:S169-91
86. Wallace JM (2006) The pharmacist's role in managing chronic opioid therapy. *Curr Pain Headache Rep* 10(4):245-52
87. Wedler H (1984) *Der Suizidpatient im Allgemeinkrankenhaus*, Enke, Stuttgart
88. (Muster-) Weiterbildungsordnung für Ärzte: [http://www.arzt.de/downloads/MWBO\\_24042007.pdf](http://www.arzt.de/downloads/MWBO_24042007.pdf)
89. White AG, Birnbaum HG, Mareva MN, Henckler AE, Grossman P, Mallett DA (2005) Economic burden of illness for employees with painful conditions. *J Occup Environ Med* 47(9):884-92
90. WHO Definition Palliative Care <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
91. World Health Organisation (1996) *Cancer Pain Relief, Second Edition, With a guide to opioid availability*
92. World Health Organization (1998) *Cancer Pain Relief and Palliative Care in Children*
93. World Medical Association: Declaration of Helsinki. 52nd WMA General Assembly, Edinburgh, Scotland, October 2000 <http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>
94. Zech D, Grond S, Lynch J, Hertel D, Lehmann KA: Validation of the World Health Organization Guidelines for cancer pain relief. A 10-year prospective study. *Pain* 63: 65-76
95. Zenz M, Jurna J (Hrsg) (2001) *Lehrbuch der Schmerztherapie*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart
96. Zernikow B (2005) *Schmerztherapie bei Kindern*. Springer, 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>