

**Zeitschrift:** Infokara : Fachzeitschrift der Schweizerischen Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Herausgeber:** Schweizerische Gesellschaft für palliative Medizin, Pflege und Begleitung

**Band:** 1 (1996)

**Heft:** 4

**Artikel:** Wer kümmert sich um meine Schmerzen?

**Autor:** Schmitt-Mannhart, R.

**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1091730>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

### **Conditions d'utilisation**

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

### **Terms of use**

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

**Download PDF:** 25.04.2026

**ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>**

Als ich bei der Vorbereitung dieses Vortrages die Patienten meines Krankenhauses vor meinen Augen passieren liess, wurde mir erst richtig bewusst, wieviele dieser Patienten tatsächlich unter chronischen Schmerzen leiden: Werden wir Betreuenden oder auch Angehörige, durch die tagtägliche Konfrontation mit chronischen Schmerzen blind oder zumindest gleichgültiger für dieses Problem?

R. Schmitt-Mannhart\*

## Wer kümmert sich um meine Schmerzen?

Eine 85-jährige, geistig noch rege Frau, lebt seit Jahren im Altersheim, wird nun zunehmend pflegebedürftiger, denn hartnäckige Rückenschmerzen infolge einer Osteoporose quälen sie und schränken sie in ihrer Beweglichkeit zunehmend ein. Die Schmerzmedikamente – Antirheumatika –, die sie in hoher Dosierung erhält, nützen gar nichts. Ihr einziger Sohn klagt verzweifelt, dass er zwar verstehe, wie sehr seine Mutter unter den Schmerzen leide, dass er aber die stundenlangen Klagen bei jedem Besuch kaum mehr ertrage, deshalb schon seltener zu Besuch komme und dass er sich vor jedem Telefon mit ihr fürchte.

Die Heimleiterin bestätigt, dass es auch für die Betreuenden sehr schwierig sei, dieses andauernde Jammern auszuhalten. Jeder Versuch einer Ablenkung schlage fehl. Mit der zunehmenden Pflegebedürftigkeit müsse man sich halt abfinden, immerhin sei die Frau 85 Jahre alt, dafür ginge es ihr im Vergleich zu anderen ja noch gut. Der Arzt erklärt, dass sie die höchstmögliche Dosis antirheumatischer Medikamente erhalte, ausserdem habe er es zusätzlich mit Antidepressiva versucht, die einen hätten aber keine Wirkung gezeigt, die anderen wegen Nebenwirkungen wieder abgesetzt werden müssen. . . es sei da wirklich nichts mehr zu machen.

*Meine Frage dazu: warum wagt dieser Arzt nicht, der Frau Morphinpräparate, also Betäubungsmittel, zu verschreiben?*

Eine 75-jährige, stark übergewichtige Frau mit schwersten, schmerzhaften Arthrosen fast aller Gelenke, daneben herzkrank, ist gegenüber allen Menschen sehr ablehnend, ja böse. Es ist sehr schwierig, mit ihr umzugehen; alle Pflegenden meiden deshalb ihr Zimmer wenn immer möglich.

Da aktivierende Pflege für sehr wichtig erachtet wird, da man also danach strebt, die Patientin möglichst mobil zu erhalten, gehen zwei Pflegerinnen mit dieser Frau, der das Stehen auf dem Boden schon erheblich Mühe macht, täglich zweimal eine längere Strecke; dies trotz ihrem Sträuben und Jammern über unerträgliche Schmerzen.

*Meine Frage dazu: Wer darf eigentlich entscheiden, was für diese Frau richtig ist? Was ist denn besser: das tägliche Mobilisieren unter heftigsten Schmerzen oder der Verzicht darauf und vielleicht sogar Transfer vom Bett in den Rollstuhl mittels Patientenheber?*

Ein 70-jähriger Mann, infolge Halbseitenlähmung nach Hirnschlag pflegebedürftig geworden und mit ausgeprägter Sprachstörung, verbringt den Tag jeweils zu Hause in seinem Rollstuhl. Immer am Nachmittag wird er sehr unruhig, oft auch aggressiv, sodass ihm Beruhigungsmittel verschrieben werden, die aber kaum nützen. Seine Frau versucht, ihm gut zuzureden, Geduld zu haben. Sie verzweifelt fast. Sein Verhalten wird damit erklärt, dass er, der früher so dominierend war, jetzt von seiner Frau völlig abhängig ist.

*Meine Fragen dazu:*

- Warum bemerkte niemand, dass dieser Mann Schmerzen hat, weil er falsch sitzt, da der Rollstuhl nicht passend ist?
- Warum kümmert sich niemand richtig um einen, trotz vorgängiger Rehabilitation, pflegebedürftig gewordenen Menschen.
- Warum überlegt sich niemand, wo wirklich sein Problem liegt?

Bei meinen Beispielen geht es um Menschen mit chronischen Schmerzen infolge einer schwer einschränkenden Krankheit, einer Krankheit, die meist fortschreitend, ein Ende hingegen nicht absehbar ist, einer Krankheit, die, nebst den Schmerzen, diese Menschen in ihren Aktivitäten und in ihrer Autonomie erheblich einschränken kann.

Es geht um Menschen, die sich selber oft schlecht (oder bloss mit ungeeigneten Waffen) zu wehren wissen, Menschen, die wenig beachtet werden, unwich-

tig, uninteressant sind in den Augen der Medizin und auch in den Augen der Gesellschaft, Menschen, bei denen eine Rehabilitation zu wenig erfolgreich war, die deshalb oft in Pflegeheimen leben, oft betagte oder hochbetagte Menschen.

Durch ihr Verhalten, sei es nun Apathie, Gleichgültigkeit oder Ablehnung, Aggression, erschweren sie denen, die sich um sie kümmern, den Zugang und die Hilfe.

*Und so möchte ich auf folgende Fragen eingehen:*

- Nehmen wir ihre Schmerzen wahr?
- Nehmen wir ihre Schmerzen ernst?
- Kümmern wir uns um ihre Schmerzen?

#### **Nehmen wir ihre Schmerzen wahr?**

Der Mann in meinem dritten Beispiel mit dem nicht angepassten Rollstuhl hat ja keine Schmerzen geäußert, sondern war unruhig, aggressiv. Dazu weitere Beispiele: ein Patient – er ist alt, leidet an mehreren Krankheiten – verweigert plötzlich Essen und Trinken und wird dadurch schwächer. «Er hat ein Recht, zu sterben....lassen wir ihn in Ruhe». Keiner merkt, dass eine schmerzhaft Entzündung im Rachen der Grund seiner Verweigerung ist, dass er keineswegs nicht essen will oder gar lebensmüde ist. Wir lassen ihn nicht nur in Ruhe, wir überlassen ihn seinem Schmerz.

Eine Patientin, die den ganzen Tag apathisch interessiert dasitzt und sich zu keiner Aktivität überreden lässt, hat Schmerzen; Schmerzen, die sie selber als normal ansieht und deshalb gar nicht darüber spricht.

Damit wir nicht falsch behandeln und es verpassen, Schmerzen zu lindern, wo es möglich wäre, müssen wir zuerst einmal wahrnehmen, was sich hinter solchen Symptomen verbirgt. Damit uns das gelingt, benötigen wir:

#### *Wissen, (Kenntnisse)*

Je mehr wir über Krankheitsbilder wissen, über mögliche Symptome (eben auch atypische Symptome), über verschiedene Faktoren, die zu Schmerzen führen, je mehr wir wissen, hinter welchen Symptomen sich Schmerzen verbergen können, um so besser wird es uns gelingen, den Schmerz wahrzunehmen und entsprechend zu handeln. Hier ist geriatrisches Wissen gefordert.

#### *Beobachten*

Je besser alle Beteiligten beobachten, u.a. auch Veränderungen wahrnehmen können und darüberhinaus in der Lage sind, Alltägliches festzustellen und zu hinterfragen (z.B. zu welcher Tageszeit, unter welchen Umständen tritt dieses Verhalten auf?), um so eher stoßen wir auf die Ursache: den Schmerz.

#### *Zusammenarbeiten*

Jede Krankheit verläuft anders, hat zahlreiche Aspekte, somit ist es nicht immer einfach, Symptome richtig zu interpretieren. Wenn aber alle Beteiligten zusammenarbeiten, wenn alle mit ihrem Fachwissen und ihren Beobachtungen beitragen, wird das Problem «Schmerz» eher erkannt werden

*Beispiel: Die Physiotherapeutin stellte fest, dass der Rollstuhl nicht passend war*

#### **Nehmen wir ihre Schmerzen ernst?**

Wir alle haben schon erlebt, dass wir uns nach einer schlaflosen Nacht infolge Zahnschmerzen am anderen Tag in den Schmerz eines anderen Menschen viel besser einfühlen konnten. Es wurde uns bewusster, was «unter Schmerzen leiden» heisst.

Als ich bei der Vorbereitung dieses Vortrages die Patienten meines Krankenhauses vor meinen Augen passieren liess, wurde mir erst richtig bewusst, wieviele dieser Patienten tatsächlich unter chronischen Schmerzen leiden: Werden wir Betreuenden oder auch Angehörige, durch die tagtägliche Konfrontation mit chronischen Schmerzen blind oder zumindest gleichgültiger für dieses Problem?

Die Behandlung dieser Patienten mit chronischen Schmerzen kann schwierig sein, unbefriedigend, wir selber in der Beziehung oft hilflos, da wir wenig darüber gelernt haben, über Entstehung von Schmerzen, Zusammenhänge mit Schmerzen, Umgang mit Schmerzen. Es ist einfacher, dieses Problem wegzuschieben, indem wir diese Menschen weniger beachten. Meiden wir nicht oft unbewusst das Gespräch, die Kontaktaufnahme, das Betreten des Zimmers eines von chronischen Schmerzen geplagten Menschen?

#### *Ein weiterer Aspekt kommt hinzu*

Die Menschen werden immer älter, wir haben eine hochtechnisierte Medizin, die Gesundheitskosten steigen. Diese Entwicklung kann ängstigen. Sie führt zur Haltung: «lasst die alten Menschen doch in Ruhe, verzichtet bei ihnen auf medizinische Massnahmen. Das verursacht nur Kosten, sie haben doch Anrecht, sterben zu dürfen.» Und in dieser Haltung werden ihre Beschwerden gar nicht mehr beachtet, geschweige denn behandelt; das «in Ruhe lassen» wird verwechselt mit «nichts tun» und ihr Schmerz demzufolge nicht ernstgenommen.

Die *Beschäftigung* mit Schmerz, das Aneignen von Wissen über Schmerz – Entstehung, – Zusammenhänge, – Umgang, – Behandlungsmöglichkeiten usw. – wird dazu führen, dass wir ihren Schmerz beachten, nicht mehr an diesen Menschen vorbeigehen, nicht

mehr schulterzuckend sagen: «Bei dieser fortgeschrittenen Osteoporose in diesem hohen Alter ist ja doch nichts zu machen.»

Dieses Ernstnehmen bedeutet: Erwerben einer Haltung von Achtung, Wärme und Wertschätzung gegenüber jedem Menschen.

#### Kümmern wir uns um ihre Schmerzen?

Viele dieser Schmerzpatienten sind alt. Sie alle wissen, in unserer Gesellschaft herrscht, trotz aller Versuche ein anderes, realistischeres Bild aufzuzeigen, ein negatives Altersbild. Dies betrifft besonders chronisch kranke alte Menschen.

Die medizinische Forschung und Wissenschaft befasst sich viel seltener mit Problemen chronisch Kranker (es gibt da «interessanteres»).

Die Anerkennung der Pflegenden/Betreuenden allgemein ist gering, sowohl gesellschaftlich wie auch finanziell gesehen.

Die eigentlichen Schmerzkliniken befassen sich natürlich intensiv mit Patienten mit chronischen Schmerzen, doch die meisten unserer Patienten können nie eine solche Klinik aufsuchen.

*Ich zitiere: «Schmerztherapie ist meist ein Anhängsel einer der bestehenden Abteilungen der öffentlichen Spitäler. Eigens dafür eingestellte Ärzte, Pfleger oder Verwaltungshilfen fehlen».*

Mit anderen Worten: es besteht ein offensichtliches Manko in Bezug auf Schmerzbehandlung schon in öffentlichen Spitälern, wie erst recht dann in Pflegeheimen, aber auch in der ambulanten ärztlichen und pflegerischen Betreuung.

Ärztinnen und Ärzte sind zu wenig – oft überhaupt nicht – ausgebildet, sowohl was das Problem chronischer Schmerzen, wie auch, was geriatrisches Wissen betrifft. Der Arzt, der heilen will, also Erfolg erwartet, wird sich um schwierige Patienten mit scheinbar unlösbaren Problemen weniger kümmern, weniger Zeit aufwenden, gerade, wenn es sich um Patienten in Heimen handelt.

Überall fehlt es an qualifiziertem Personal; die Pflegenden fühlen sich oft alleine gelassen und viel zu wenig wird die Zusammenarbeit und das gemeinsame Vorgehen gesucht.

Dazu können wohlgemeinte, aber falsche, sowie nicht genügend reflektierte Zielsetzungen das Gegenteil dessen bewirken, was man will: das Ziel des Aktivierens z.B. um jeden Preis kann für den Patienten zur täglichen Quälerei werden.

Die Folgen nicht erkannter, nicht beachteter, nicht behandelter Schmerzen sind offensichtlich: Apathie,

Immobilität mit allen möglichen Folgen, gesundheitliche Verschlechterung, Verminderung der kognitiven Fähigkeiten, Depression, Autonomieverlust, Verhaltensstörungen wie Aggression, Probleme mit Angehörigen und Betreuenden, und damit, besonders schwerwiegend, soziale Isolation.

*Was also können wir tun, wie können wir uns besser um ihre Schmerzen kümmern?*

Am Anfang steht die *ethische Grund-Überzeugung*, die Überzeugung, dass *jeder Mensch*, wie gross auch sein körperlicher oder geistiger Zerfall sein mag, einen einzigartigen, kostbaren Wert hat. Das bedeutet, dass wir Betreuenden dem Patienten oder der Patientin mit emotionaler Wärme und positiver Wertschätzung gegenüberzutreten und uns immer neu um diese Haltung bemühen.

Für alle, die sich um Menschen mit chronischen Schmerzen kümmern, ist es unabdingbar, sich das *Wissen* anzueignen und sich über Schmerz fortzubilden.

Natürlich wird uns allen die zunehmende *Erfahrung* auf diesem Gebiet helfen, die wir übrigens vorleben und den Unerfahreneren weitergeben sollten.

Ein *Assessment* sollte immer durchgeführt werden, das heisst, eine Abklärung und Beurteilung nach Zusammentragen aller Aspekte: körperliche, psychische, biologische, funktionsbezogene, soziale und umgebungsbezogene Faktoren sowie vorhandene Ressourcen.

Auf dieser diagnostischen Beurteilung kann die Therapieplanung aufbauen, sicher immer mit dem obersten Ziel der Verbesserung der Lebensqualität. Selbstverständlich muss das Erreichte immer wieder überprüft und angepasst werden.

Dieses Assessment, also diese multidimensionale diagnostische Beurteilung und Therapieplanung muss interdisziplinär erfolgen, d.h. Ärztin/Arzt, Pflegenden, Physiotherapeutinnen und -therapeuten, weitere Beteiligte wie Seelsorger, Seelsorgerinnen und Angehörige arbeiten zusammen, mit den Patienten!

Einige wichtige Punkte, die mir in der Behandlung von chronischkranken Schmerzpatienten sehr wichtig erscheinen, möchte ich Ihnen darlegen:

- Dem Patienten müssen wir immer das Gefühl geben können, dass er *ernstgenommen*, nicht im Stich gelassen wird.
- Wir müssen uns um differenziertes Denken und Handeln bemühen, ein individuelles Abwägen, Beurteilen unter Berücksichtigung aller Fakten. Der Mut auch zu unkonventionellen Entscheidungen und Therapien ist eine grössere Herausforderung, eine schwierigere Aufgabe, kann aber zur Schmerzlinderung mehr beitragen.

So kann es richtig sein, einen Menschen vermehrt zur Aktivität zu zwingen, andererseits auch, auf Aktivitäten zu verzichten.

So kann es richtig sein, bei einem nicht an Krebs leidenden Patienten Morphin zu verabreichen, andererseits darf man schwere chronische Schmerzen nicht gleich unreflektiert mit Betäubungsmitteln behandeln.

So kann eine aufwendige mühsame Abklärung bei unerklärlichen Schmerzen nötig sein, sie kann aber auch sinnlos sein. Ein Verzicht auf Abklärung heisst aber noch lange nicht Verzicht aufs Nachdenken, aufs Überlegen, was die Ursache sein könnte!

- Wir sollten den Anspruch, Schmerzen zu lindern, in keiner Situation aufgeben. Eine weitere Aufgabe kann es aber sein, den Patienten zu helfen, mit chronischen Schmerzen leben zu lernen.
- Noch viel zu wenig ist bekannt und erforscht, wie Schmerzmedikamente bei Betagten, besonders bei Hochbetagten wirken und in welcher Dosierung sie verabreicht werden dürfen.

### *Es bleiben Fragen und Wünsche offen*

- Warum können Betagte für Hilfsmittel wie Rollstühle nicht gleichviel Geld von der öffentlichen Hand beanspruchen wie Jüngere?
- Warum herrscht oft die Meinung vor, für Pflegeheimen genüge auch weniger ausgebildetes Personal, der «gesunde Menschenverstand» und ein «warmes Herz» seien ausreichend?
- Warum wird nicht gesehen, welche anspruchsvolle und komplexe Arbeit dort geleistet werden muss?
- Warum steht nicht mehr qualifiziertes Personal in allen medizinischen Berufsgruppen zur Verfügung?

Mit Sicherheit wird es ein langer Weg sein, das negative Altersbild in der Gesellschaft, aber vor allem das Nichtbeachten und das Geringschätzen schwer pflegebedürftiger und in Heimen lebender Menschen zu verändern.

Unter allen Arten von Schmerztherapie und Schmerzlinderung ist eine schon jetzt möglich und von grösster Wichtigkeit: die mitmenschliche Zuwendung.