



Das Wichtigste **18** Schmerz erkennen und behandeln

Bei Menschen mit Demenz kann es schwierig sein, Schmerzen zu erkennen, deren Ursachen zu verstehen, sie zu behandeln bzw. zu lindern. In fortgeschrittenen Stadien können die Betroffenen nur unzureichend oder gar nicht Auskunft geben, ob sie Schmerzen haben, wo diese auftreten und wie intensiv sie sind. Dann sind professionell Pflegende, Ärzte sowie Angehörige gefordert, die Patienten aufmerksam zu beobachten, ob Anzeichen für Schmerz vorliegen, und herauszufinden, welches die Ursachen sein könnten. Dabei können spezielle Beobachtungsskalen hilfreich sein.

1. Schmerzen selbst einschätzen

Schmerz wird definiert als „unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis“ (McCaffery, 1968). Schmerz ist ein subjektives Empfinden, über das nur die betroffene Person Auskunft geben kann. Dies bedeutet: die Empfindung hat nur der Betroffene. Bei der Schmerzerfassung wird der Betroffene gefragt, ob er Schmerz empfindet, wo und wann dieser Schmerz auftritt, wie er empfunden wird (Schmerzqualität) und wie stark er diesen empfindet (Schmerzintensität). Mit Hilfe von so genannten Selbsteinschätzungsinstrumenten kann die Schmerzintensität erfasst und der Schmerzverlauf abgebildet werden. Dies kann zum Beispiel durch die sogenannte Numerische Rang Skala (NRS) oder die verbale Rang Skala (VRS) erfolgen (Basler et al. 2001). Bei ersterer ordnet der Betroffene seine Schmerzen auf einer Skala von 0 (kein Schmerz) bis 10 (maximal vorstellbarer Schmerz) ein. Bei letzterer wird der Schmerz mit den Adjektiven „keine“ (Schmerzen) bis hin zu „unerträgliche“ (Schmerzen) eingestuft.

Üblicherweise fragen wir erst dann nach Schmerzen, wenn jemand einen entsprechenden Gesichtsausdruck zeigt, stöhnt oder sich sprachlich dazu äußert. Dies muss aber trotz

Schmerzen nicht immer der Fall sein. Wichtig ist, dass letztlich nur der Betroffene selber ermitteln kann, wie stark seine Schmerzintensität tatsächlich ist.

2. Schmerzen bei Menschen mit Demenz

Menschen mit schwerer Demenz sind häufig nur noch eingeschränkt oder gar nicht mehr in der Lage, über ihr Schmerzerleben Auskunft zu geben. So können sie zum Beispiel die Bedeutung des Wortes Schmerz nicht mehr verstehen oder sich sprachlich nicht mehr entsprechend ausdrücken. Bei leichten bis mittelschweren kognitiven Einschränkungen können die Betroffenen meist noch eine zuverlässige Selbstauskunft zu Schmerz geben. Ab einer mittelschweren Demenz kann das aber bei einigen Personen nicht mehr so sein. Besonders zu beachten ist, dass Personen mit Demenz auf die Nachfrage: „Haben Sie Schmerzen?“ auch mit „Nein“ antworten können, obwohl sie Schmerzen erleben, weil sie die Frage nicht mehr verstehen. Hier ist darauf zu achten, ob ihr Verhalten möglicherweise durch Schmerzen verändert ist. Denn entgegen einer noch immer verbreiteten Annahme können Menschen mit Demenz ebenso an Schmerzen leiden und sie ebenso spüren wie Menschen ohne Demenz.

Das Vorliegen von Schmerzen ist insbesondere zu überprüfen, wenn:

- Äußerungen wie „Aua, aua“ oder „Es tut so weh“ darauf hinweisen, dass jemand offenbar Schmerzen hat, aber die ausdrückliche Frage nach Schmerzen verneint wird,
- Personen Unwohlsein oder Unbehagen äußern,
- herausforderndes oder verändertes Verhalten, zum Beispiel Unruhe oder abwehrendes Verhalten, auftritt,
- nach Unfällen, Verletzungen, Operationen oder bei Druckgeschwüren, Tumoren, usw. zu erwarten ist, dass Schmerzen auftreten, diese aber durch die Betroffenen nicht geäußert werden (können).

Wenn die Selbstauskunft zu Schmerz nicht mehr möglich ist, kommt der Beobachtung durch Angehörige oder Fachpersonal eine entscheidende Rolle zu. Dabei geht es in erster Linie um das Beobachten von schmerzbedingtem Verhalten und nicht um die Intensität der Schmerzen. Die Beobachtungen müssen systematisch erfolgen und im Gesamtzusammenhang des Verhaltens oder auch der Biografie beurteilt werden. So können bei Menschen mit Demenz veränderte oder herausfordernde Verhaltensweisen auftreten, die der Demenz oder der Umgebung geschuldet sind, aber eben auch durch nicht

erkannte oder nicht ausreichend behandelte Schmerzen verursacht werden. Neu auftretende oder negativ veränderte Verhaltensweisen müssen daher regelmäßig bezogen auf eine mögliche Verursachung durch Schmerzen analysiert werden.

3. Schmerzen durch Beobachtung und Skalen erfassen und einschätzen

Der Erfassung und Behandlung von Schmerzen im Alter wurde in den letzten Jahren vermehrt Aufmerksamkeit gewidmet (Basler 1998). Die Expertenstandards „Schmerzmanagement bei akuten Schmerzen in der Pflege“ (DNQP 2011) und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ (DNQP 2014) zeigen auf, wie wichtig das Erkennen von Schmerz nicht nur durch Ärzte, sondern durch alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten ist. Inzwischen liegen auch zahlreiche ärztliche Leitlinien zum Thema Schmerz vor. Aktuell wird eine deutschsprachige interdisziplinäre Leitlinie zum Schmerzmanagement bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe erstellt (Sirsch, Schuler et al. 2012). Denn gerade in der Versorgung von Menschen mit Demenz ist es erforderlich, dass Ärzte, beruflich Pflegenden und pflegende Angehörige sich gemeinsam dieser Problematik widmen.

Die Fremdeinschätzung von Schmerz erfolgt durch eine strukturierte Beobachtung von Verhaltensmerkmalen wie z. B. Unruhe und häufiges Rufen. Auf diese Weise wird die Beobachtung kategorisiert und auf dieselben Verhaltensmerkmale gelenkt. Dadurch kann eine Veränderung von einzelnen Verhaltensmerkmalen verglichen werden. Durch die Anwendung werden die Betreuenden für das mögliche Vorhandensein von Schmerzen sensibilisiert und ihre Beobachtungen werden objektiviert. Dabei kann jedoch eine hohe Punktzahl als Ergebnis der Einschätzung nicht ohne weiteres mit Schmerz gleichgesetzt werden. Leider konnte nämlich bislang kein einheitlicher Grenzwert festgelegt werden. Auch bedeutet ein Wert von null nicht automatisch den Ausschluss von Schmerzen. Zu betonen ist auch, dass die erzielten

Punktwerte keinerlei Bezug zur Selbsteinschätzung nach einer numerischen Rangskala besitzt. Sie dürfen diesen also nicht gleichgesetzt werden.

Vielmehr dient die individuelle Ausprägung der mittels Beobachtungsinstrument erfassten Verhaltensmerkmale bei der betroffenen Person als Grundlage, Schmerzerleben überhaupt in Erwägung zu ziehen und um zum Beispiel die Wirksamkeit von schmerzreduzierenden Maßnahmen einschätzen zu können. Ist diese erfolgreich, sollte sich die Punktzahl im Vergleich zum Ausgangswert verringern. Hierzu wird es aber mehrerer Beobachtungssituationen bedürfen. Für diese strukturierte Einschätzung von Verhalten zur Beurteilung von Schmerz stehen geeignete und erprobte Instrumente zur Verfügung. Beispiele für solche Instrumente zur Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz sind (DNQP 2011, 2014):

- **BE**urteilung von **S**chmerzen bei **D**emenz (BESD) (Basler, Huger et al. 2006). Bei dieser Beobachtungsskala werden Schmerzen in fünf Kategorien bzw. Verhaltensmerkmalen (Atmung, Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost) eingeschätzt.
- **Be**obachtungsinstrument für das **S**chmerzassessment bei **A**lten Menschen mit **D**emenz (BISAD) (Fischer 2012). Dabei werden acht Verhaltensweisen eingeschätzt (Gesichtsausdruck, spontane Ruhehaltung, Bewegung der Person, Beziehung zu Anderen, ängstliche Erwartung, Reaktion während der Mobilisation, Reaktion während der Pflege schmerzender Bereiche, vorgebrachte Klagen).

Die Fremdeinschätzungsskalen zur Beobachtung, eine schriftliche Anleitung sowie ein Video zur Anwendung für die BESD sowie die Unterlagen zum BISAD können beim Arbeitskreis „Schmerz und Alter“ der Deutschen Schmerzgesellschaft online (www.dgss.org) kostenfrei abgerufen werden.

4. Schmerzen medikamentös behandeln

Mittlerweile steht eine Reihe von Medikamenten zur Behandlung von Schmerzen (Analgetika) zur Verfügung. Bei der Auswahl der Wirkstoffe orientiert man sich üblicherweise am „Stufenschema“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO), obwohl dies ursprünglich zur Behandlung von Tumorschmerzen gedacht war. Dieses Schema besteht aus drei Stufen. In der ersten Stufe werden Wirkstoffe wie so genannte nicht-steroidale Antirheumatika (Acetylsalicylsäure, Diclofenac, Ibuprofen, Coxibe), Paracetamol oder auch Metamizol empfohlen. Bei der zweiten Stufe handelt es sich um schwach wirksame Opioide wie Tilidin oder Tramadol, bei der dritten Stufe um stark wirksame Opioide wie Morphin, Hydromorphon, Oxycodon, Buprenorphin, Fentanyl oder Tapentadol. Darüber hinaus kann die Therapie je nach Schmerztyp auch durch Ko-Analgetika ergänzt werden. Dies sind Medikamente, die eigentlich als Antidepressiva (gegen Depressionen) oder als Antikonvulsiva (gegen epileptische Anfälle) eingesetzt werden, die aber als „Nebenwirkung“ eine gute Wirkung zum Beispiel auf Nervenschmerzen besitzen.

Nicht alle Schmerzmedikamente sind gleichermaßen zur Behandlung im Alter geeignet. Dies liegt zum einen an der erhöhten Empfindlichkeit in Hinblick auf Nebenwirkungen, zum anderen an dem veränderten oder verlangsamten Abbau im Körper. Werden noch weitere Medikamente eingenommen, so sind deren Wechselwirkungen mit den Schmerzmedikamenten zu berücksichtigen. Werden nicht-steroidale Antirheumatika längerfristig eingenommen, so treten gehäuft Magen-Darm-Probleme bis hin zu Blutungen auf. Nicht selten erhalten alte Patienten bereits Acetylsalicylsäure zur Schlaganfallprophylaxe in geringer Dosierung. Die Kombination dieser Wirkstoffe führt zu einer verstärkten Blutungsneigung bzw. zu einer gegenseitigen Behinderung der Wirkung. Metamizol ist im Alter deutlich besser verträglich, muss aber wegen der raschen Ausscheidung bis zu vierstündlich genommen werden. Sehr selten kann eine Verminderung der weißen Blutkörperchen auftreten, die dann allerdings lebensbedrohlich werden kann. ►

Paracetamol ist ebenfalls im Alter zur Schmerzbehandlung gut geeignet. Allerdings ist der schmerzstillende Effekt milde. Auch unterliegt dieser Wirkstoff einer Höchstdosis, die nicht überschritten werden darf. So ist die therapeutische Breite eher gering.

Gut verträglich sind auch die schwach-wirksamen Opioide, wobei Tilidin im Alter meist besser vertragen wird als Tramadol. Allerdings ist Tilidin in Tropfenform nur kurz wirksam und diese unterliegen wegen ihrer euphorisierenden Wirkung (anders als die verzögert wirkenden Kapseln) mittlerweile wieder der Betäubungsmittelpflicht. Mit den Kapseln steht jedoch eine Darreichungsform mit verzögerter Wirkung zur Verfügung, die nur zwei bis dreimal täglich eingenommen werden muss und nicht betäubungsmittelpflichtig ist.

Vorausgesetzt sie sind zur Schmerzbehandlung nötig, besteht keinerlei Grund Menschen mit Demenz stark-wirksame Schmerzmittel wie Morphinum vorzuhalten. Wesentlich hierbei ist jedoch das langsame, schrittweise Herantasten an die wirksame und damit notwendige Dosis und die Beachtung sowie Behandlung von regelmäßigen Nebenwirkungen wie Übelkeit (in der Regel nur in den ersten sieben bis zehn Tagen zu Beginn der Behandlung) oder Verstopfung (Obstipation); eine Gewöhnung an das Medikament tritt nicht auf. Es ist sinnvoll, zur Dosisfindung zunächst nicht-retardierte Darreichungsformen zu verwenden und nach Erlangung der wirksamen Dosis, die entsprechende Tagesdosis auf eine retardierte Form oder auf ein Pflaster umzustellen. Für so genannte Durchbruchspitzen stehen dann weiterhin nicht-retardierte Darreichungsformen zur Verfügung. Diese sind vor allem dann zu verabreichen, wenn schmerzhafte Prozeduren vollzogen werden müssen, wie zum Beispiel notwendige Lagerungen oder Mobilisation.

Manche stark wirksamen Opioide lassen sich auch als Nasenspray oder als Tablette verabreichen, die sich unter der Zunge auflöst. Dies kann in den Fällen von Vorteil sein, in denen demenzkranke Patienten die Medikamente nicht schlucken können.

Die Auswahl der Schmerzmedikation richtet sich nach der Stärke des Schmerzes, nach seiner Art und natürlich nach der Verträglichkeit des jeweiligen Wirkstoffes. Soweit möglich, sollte einer oralen Einnahme der Vorzug gegeben werden. Dabei sind feste Einnahmezeiten zu beachten. Wirkt ein Medikament nur acht Stunden, so ist es auch alle acht Stunden einzunehmen, da man der Entstehung des Schmerzes zuvorkommen will. Wie schon betont, sollte generell mit einer niedrigen Dosis begonnen werden und diese, wenn nötig, langsam gesteigert werden. Die Anwendung von Schmerzplaster sollte erst dann geschehen, wenn über ein vorsichtiges Herantasten die individuell erforderliche und wirksame Tagesdosis gefunden worden ist oder als letztes Mittel in möglichst niedriger Dosis, wenn die orale Einnahme des Schmerzmedikamentes überhaupt nicht möglich ist.

5. Schmerzen auch anders behandeln

Schmerz hat neben der biologischen immer auch eine psychische und eine soziale Komponente. Daher ist ein multidimensionaler Behandlungsansatz, wie er zum Beispiel in der palliativen Versorgung angestrebt wird, wünschenswert. Neben Medikamenten, die zur Behandlung eingesetzt werden, können ergänzend auch nichtmedikamentöse Maßnahmen zur Schmerzdreduktion angewandt werden. Das können z.B. Kälte- und Wärmeanwendungen sein. Ebenso kann versucht werden durch Anschauen von Bildern, entspannende Musik oder Bewegung gezielt vom Schmerz abzulenken. Solche Maßnahmen müssen allerdings immer individuell angepasst, erprobt und mittels regelmäßiger Schmerzerfassung auf ihre Wirksamkeit überprüft werden.

Literatur

Basler, H. D. (1998): Schmerz und Alter. Ein vernachlässigtes Gebiet? Stand der Forschung und offene Fragen. <http://www.dgss.org>

Basler, H. D., R. Bloem, et al. (2001): Ein strukturiertes Schmerzinterview für geriatrische Patienten. *Schmerz* 15(3): 164-171.

Basler, H. D., D. Huger, et al. (2006): Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Untersuchung zur Validität eines Verfahrens zur Beobachtung des Schmerzverhaltens. *Schmerz* 20(6): 519-526.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2011): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen. Hochschule Osnabrück <http://www.dnqp.de>

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (2014): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen. Hochschule Osnabrück <http://www.dnqp.de>

Fischer, Th. (2012): Schmerzeinschätzung bei Menschen mit schwerer Demenz: Das Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit schwerer Demenz (BISAD). Bern, Huber

McCaffery, M. (1968): Nursing practice theories related to cognition, bodily pain, and man-environment interactions. Los Angeles, University of California Students Store

Sirsch, E., M. Schuler, et al. (2012): Methodenpapier zur S3-Leitlinie „Schmerzassessment bei älteren Menschen in der vollstationären Altenhilfe“. *Schmerz* 26(4): 410-5

Für dieses Informationsblatt danken wir:

JProf. Dr. Erika Sirsch, MScN
Pflegerwissenschaftliche Fakultät,
Philosophisch-Theologische
Hochschule Vallendar

Dr. Klaus Maria Perrar
Zentrum für Palliativmedizin Uniklinik
Köln

06/2015

Das Wichtigste – Informationsblätter

- 1 Die Epidemiologie der Demenz
- 2 Die neurobiologischen Grundlagen der Alzheimer-Krankheit
- 3 Die Diagnose der Alzheimer-Krankheit und anderer Demenzerkrankungen
- 4 Die Genetik der Alzheimer-Krankheit
- 5 Die medikamentöse Behandlung der Demenz
- 6 Die nichtmedikamentöse Behandlung der Demenz
- 7 Die Entlastung pflegender Angehöriger
- 8 Die Pflegeversicherung
- 9 Das Betreuungsrecht
- 10 Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung, Patientenverfügung
- 11 Frontotemporale Demenz
- 12 Klinische Forschung
- 13 Ambulant betreute Wohngemeinschaften für Demenzkranke
- 14 Die Lewy-Körperchen-Demenz
- 15 Allein leben mit Demenz
- 16 Demenz bei geistiger Behinderung
- 17 Urlaubsreisen für Menschen mit Demenz und ihre Angehörigen
- 18 Schmerz erkennen und behandeln



**Deutsche Alzheimer
Gesellschaft e. V.
Selbsthilfe Demenz**
Friedrichstr. 236
10969 Berlin

Tel.: 030/259 37 95 - 0
Fax: 030/259 37 95 - 29

Alzheimer-Telefon: 01803/17 10 17
9 Cent pro Minute (aus dem deutschen Festnetz)

Alzheimer-Telefon (Festnetz):
030/259 37 95-14

Mo - Do 9 - 18 Uhr
Fr 9 - 15 Uhr

E-Mail:
info@deutsche-alzheimer.de

Internet:
www.deutsche-alzheimer.de

Spendenkonto:
Bank für Sozialwirtschaft Berlin
BLZ 100 205 00
Konto 3377805
IBAN: DE 91 100205000003377805
BIC: BFSWDE33BER