

Impulsveranstaltung: **Schmerzwahrnehmung und Umgang mit Schmerzen bei demenzkranken Menschen**

Einige Zahlen und Fakten

- ca. 25% von über 74-Jährigen gaben in Schweden an, unter schweren oder schwersten Dauerschmerzen zu leiden
- über 90% von über 75-Jährigen berichteten in Deutschland von Schmerzen im Bereich der Körperachse und Gelenke
- 60-80% von Pflegeheimbewohnern leiden unter chronischen Schmerzen
- Demenzkranken werden deutlich weniger Schmerzmittel verordnet als Nicht-Demenzkranken im gleichen Alter

Unterschiedlich mögliche Reaktionen demenzkranker Menschen auf Schmerzen

- sprachliche Äußerungen und Lautäußerungen:
 - Laute von sich geben
 - leise vor sich hin murren
 - Jammern, Stöhnen
 - Aufschreien, Brüllen
- nichtsprachliche Äußerungen und Verhaltensreaktionen:
 - Besorgter oder ängstlicher Gesichtsausdruck
 - Starrer oder gespannter Blick
 - Stirnrunzeln, Grimassen schneiden
 - Zuckungen und muskuläre Anspannung
 - angespannte Körperhaltung, angezogene Knie (nicht durch Kontrakturen), geballte Fäuste
 - Schonhaltung, Zurückziehen, Festhalten, Abwehr bei Pflege
 - Reiben und Nesteln
 - Wiegen und Schaukeln
 - Unruhe, Aggression
 - keine Reaktion auf Trost oder Zuwendung
 - Schlafstörungen, kein Appetit (evt. auch vermeiden von Essen oder Kauen bei Schmerzen im Mund oder Zahnschmerzen)
- Geistige und psychische Auswirkungen:
 - Stärkere Verwirrtheit, Desinteresse, Rückzug, verstärkte Konzentrationsprobleme
 - Depression, Angst

Bisherige wissenschaftliche Erkenntnisse über eine veränderte Schmerzwahrnehmung Demenzkranker

(nur durch experimentelle Untersuchungen erforschbar, bei denen künstliche Schmerzreize gesetzt werden)

- die subjektive Schmerzschwelle ist bei Demenzkranken und Nicht-Demenzkranken gleich (die Intensität, ab der ein Reiz als Schmerz wahrgenommen wird)
- die Schmerztoleranz ist bei Demenzkranken erhöht (die Reizintensität, ab der ein Schmerz als unerträglich wahrgenommen wird)
- die vegetative Schmerzschwelle ist bei Demenzkranken höher (die Reizintensität, ab der Blutdruck und Pulsschlag ansteigen ist bei Demenzkranken höher)
- mit zunehmenden geistigen Beeinträchtigungen verstärken sich mimische Reaktionen auf Schmerzreize
- im Alter allgemein: Schmerzreize werden eher stumpf wahrgenommen und der Schmerzeintritt ist langsamer (da die Übertragung von Schmerzreizen vermehrt über langsamere Nervenfasern (C-Fasern) erfolgen soll)

Weitere Annahmen und Erfahrungen über die Schmerz Wahrnehmung und Verarbeitung Demenzkranker

- Demenzkranke sind zunehmend weniger in der Lage, Schmerzempfindungen verbal zu äußern und zu beschreiben (sprachliche Einschränkungen, Wortfindungsstörungen)
- Demenzkranke entwickeln ein verändertes oder gestörtes Körpergefühl (das heißt, es fällt ihnen möglicherweise auch zunehmend schwer, Empfindungen am und im Körper richtig zuzuordnen / wo tritt ein Schmerz auf)
- Demenzkranke verlieren irgendwann das gelernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist (Verlust des begrifflichen Konzepts) (das heißt dann, sie wissen nicht mehr, dass die unangenehme Empfindung eines Schmerzes etwas mit einer Krankheit oder Verletzung ihres Körpers zu tun haben kann und wissen nicht mehr wie sie sich in diesem Fall Unterstützung oder Abhilfe suchen können. Möglicherweise verknüpfen sie eine Schmerzempfindung durch dieses „nicht Wissen“ sogar eher mit einer äußeren Wahrnehmung wie etwa einem finster blickenden Menschen oder einem dunklen Raum, den sie gerade sehen. Das heißt, die gedankliche Verbindung der Schmerzempfindung zum eigenen Körper kann gänzlich verloren gehen. In diesem Fall geht ein Demenzkranker z.B. möglicherweise ständig weiter in viel zu engen Schuhen, obwohl er bereits deutlich die Schmerzen an den Füßen wahrnimmt.)

Weitere Annahmen und Erfahrungen über die Schmerz Wahrnehmung und Verarbeitung Demenzkranker (2)

- Der so genannte „Schmerzaffekt“, also die gefühlsmäßigen Reaktionen auf einen Schmerz, kann sich durch demenzbedingte neurologische Veränderungen im limbischen System des Gehirns verändern. (Das heißt, übliche emotionale Reaktionen auf eine Schmerzempfindung wie Angst, Unruhe oder Ähnliches können ausbleiben oder sich verändern.)
- Durch demenzbedingte neurologische Veränderungen könnte umgekehrt im Einzelfall auch eine Überempfindlichkeit gegenüber Schmerzreizen oder gesteigerte Schmerzempfindung entstehen.
- Durch den Verlust des Wissens, was ein Schmerz ist, könnten Demenzkranke z.B. auch andere unangenehme Empfindungen oder Gefühle für sich als Schmerzen interpretieren und entsprechend darauf reagieren. (Z.B. kann es dann sein, dass sie laut „Aua“ rufen, wenn sie sich vor etwas ängstigen, sich einsam fühlen oder z.B. durch eine zu schnelle Bewegung eines Betreuenden verunsichert fühlen)

Überprüfte Einschätzungsskalen zur Erfassung von Schmerzzuständen bei Demenzkranken

Sprachlich anspruchsvollere Schmerzfragebögen zur Selbsteinschätzung wie sie bei Nicht-Demenzkranken eingesetzt werden können bei Demenzkranken bereits im frühen Krankheitsstadium ihre Aussagekraft ganz oder teilweise verlieren.

(Bei einem Mini-Mental Wert von 24 Punkten und weniger ist der Einsatz üblicher Schmerzskalen kaum mehr möglich)

Einfachere Verfahren zur Selbsteinschätzung:

Verbale Rating Skala (VRS)	Gefragt wird nur nach der Stärke und Erträglichkeit der Schmerzen (leichte – mäßige – starke Schmerzen; bzw. gut erträglich bis unerträglich)	Bei Demenzkranken kaum mehr einsetzbar
Smiley-Skalen	Gefragt wird, welches von mehreren Smiley-Gesichtern (traurig bis fröhlich) dem eigenen Schmerzzustand am ehesten entspricht.	60% der Demenzkranken kommen damit nicht mehr zurecht.
McGill Wort Skala (MPQ)	Gefragt wird jeweils zu unterschiedlichen Dimensionen (z.B. Qualität oder Intensität des Schmerzes) welches von mehreren Eigenschaftswörtern den Schmerz am besten trifft (z.B. betäubend – quälend – marternd – furchterregend)	40% der Demenzkranken kommen damit nicht mehr zurecht.

(Bei einem Mini-Mental Wert unter 15 Punkten ist der Demenzkranke kaum noch in der Lage zu äußern, wo, wann und wie sehr es ihm wehtut)

Fremd-Beobachtungsverfahren:

Verlässlicher und besonders bei fortgeschrittener Demenz ausschließlich einsetzbar sind Skalen zur Beobachtung von Verhaltensreaktionen auf Schmerzen. Sie versuchen mögliche oder häufige Verhaltensreaktionen Demenzkranker wie sie auf der zweiten Folie beschrieben sind zu erfassen.

In der Fachliteratur werden in Bezug auf Demenzkranke zwei Verfahren besonders hervorgehoben:

- Der **ECPA** (ins Deutsche übersetzt von R. Kunz)
- die **PAINAD-Skala** (deutsche Fassung: **BESD** = Beurteilung von Schmerzen bei Demenz)

Für den Einsatz beider Verfahren ist eine vorherige Schulung der Pflegemitarbeiter notwendig (beim BESD zweistündige Schulung); Zeitbedarf zum Ausfüllen: wenige Minuten.

Bewertung dieser Verfahren:

Obwohl es derzeit die verlässlichsten standardisierten Verfahren bei Demenzkranken sind, bedeutet ein Punktwert von „0“ nicht in jedem Fall, dass der Demenzkranke keine Schmerzen hat. Umgekehrt bleibt bei einem hohen Wert die Frage offen, ob das auffällige Verhalten die Folge einer Schmerzbelastung ist oder eine andere Ursache hat. Wichtig sind daher immer auch andere Informationen etwa von Angehörigen oder Ärzten über bereits früher bestehende Krankheiten und Beschwerden und den früheren Schmerzmittelbedarf.

Der ECPA ermöglicht nur einen Vergleich zwischen zwei Zeitpunkten (z.B. vor und nach der Gabe eines Schmerzmittels). Der BESD soll darüber hinaus z.B. auch die Feststellung eines Schwellenwerts ermöglichen, ab dem eine versuchsweise Medikation mit einem Schmerzmittel anzuraten ist. Der BESD wird derzeit in einer Studie überprüft und kann voraussichtlich ab März 2005 bezogen werden.

Handlungsmöglichkeit bei Unklarheit

Besteht Unsicherheit oder Unklarheit, ob ein Demenzkranker unter Schmerzen leidet, hat sich der „probatorische“ (versuchsweise) Einsatz von Schmerzmitteln bewährt.

Wichtig ist, das vermutete Schmerzverhalten (siehe zweite Folie) vor der Gabe des Schmerzmittels und nach dem Wirkungseintritt des Mittels möglichst genau zu beobachten (evt. standardisiert mit dem ECPA oder dem BESD Verfahren zu erfassen), um Veränderungen festzustellen.

Wichtig ist auch, auf Unterschiede der vermuteten Schmerzreaktionen in Abhängigkeit von Tageszeiten, Aktivitäten und Situationen zu achten. Dadurch können möglicherweise wichtige Zusammenhänge erkannt werden.

(Es muss natürlich auch ein geeignetes Schmerzmittel eingesetzt werden).

Handlungsmöglichkeiten bei bestehenden Schmerzen über Medikamente hinaus

es gelten sicherlich grundsätzlich dieselben Empfehlungen wie bei Nicht-Demenzkranken:

- dem Demenzkranken nach Möglichkeit Zuversicht, Trost, Aufheiterung, Kommunikation, Anregung, schöne oder entspannende Erfahrungen, Aufgaben und Beschäftigung zu vermitteln. Dadurch kann einerseits die Aufmerksamkeit vom Schmerzerleben abgelenkt werden, andererseits eine positive emotionale Verfassung des Kranken gefördert werden. Beides hilft, die Intensität des Schmerzerlebens des Demenzkranken zu vermindern und auch einem inneren Rückzug des Kranken entgegenzuwirken.
- Äußerlich lindernde pflegerische und nicht-pflegerische Maßnahmen (Kälte, Wärme, usw.)
- Gegebenenfalls den Kranken auch dabei unterstützen, eine möglichst wenig schmerzende Körperhaltung oder Sitzposition einzunehmen, falls er dazu selbst nicht mehr in der Lage ist.
- Gegebenenfalls geeignete Hilfsmittel (z.B. spezielles Schuhwerk) einsetzen, die den Schmerz vermindern

Die Unterscheidung zwischen „physiologischen“ und „klinischen“ Schmerzen

J. Wojnar und J. Bruder (1995) halten die Unterscheidung zwischen physiologischen und klinischen Schmerzen bei Demenzkranken für wichtig.

- **Physiologische Schmerzen:** Momentaner Schmerzreiz, der etwa durch einen heißen oder spitzen Gegenstand ausgelöst wird und in der Regel zu einer reflektorischen Schutzbewegung führt.
- **Klinischer Schmerz:** innerer Schmerz etwa nach einem Knochenbruch oder durch die Erkrankung eines inneren Organs.

Während auch schwer Demenzkranke auf einen physiologischen Schmerzreiz meist adäquat und deutlich reagieren, kann eine von Außen eindeutig wahrnehmbare Reaktion bei einem klinischen Schmerz ganz unterbleiben und der Kranke auf Nachfrage sogar selbst äußern, keine Schmerzen zu haben.

Selbst bei einer anzunehmenden Veränderung der Intensität dieses Schmerzes (z.B. Abtasten eines erkrankten inneren Organs oder Druck auf einen gebrochenen Arm) kann eine entsprechende Reaktion des Kranken ausbleiben.

(Am ehesten sind dann noch Verhaltensveränderungen wie zunehmende Aggression oder Unruhe beobachtbar. Ob sich in diesen Fällen die Schmerzwahrnehmung des Demenzkranken vielleicht sogar grundlegend verändert oder lediglich die Schmerzverarbeitung, d.h. emotionale Reaktionen und geistige Verarbeitung, sich verändern, erscheint noch unklar)

Literaturhinweise:

1. Basler, H.D., Schuler, M., Nikolaus, T., Kunz, R. (2004): Entwicklung und Erprobung einer Skala zur Schmerzmessung bei Demenz. Unveröffentlichte Projektbeschreibung für eine Studie zur Validierung der BESD Skala.
2. Kunz, M., Lautenbacher, S. (2004). Einfluss der Alzheimer-Erkrankung auf die Schmerzverarbeitung. Fortschr Neurol Psychiatr, 72, S. 375-382.
3. Kunz, R. (2002): Schmerzerfassung bei Patienten mit Demenzerkrankungen, Geriatrie Journal 6/02
4. Kunz, R. (2003): Von der Schmerzbehandlung bei alten und kognitiv beeinträchtigten Menschen. Vortrag bei der „National Palliative Care und Krebstagung 2003“
5. Landendörfer, P., Hesselbarth, H. (2003): Schmerz-Beurteilung bei „sprachlosen“ Patienten. Der Allgemeinarzt, 10. (www.allgemeinarzt-online.de)
6. Löffelmann, G. (2003): Auch Demente leiden unter Schmerzen. Ärztliche Praxis Nr. 9, (www.aerztlichepraxis.de)
7. Radvila, A. (2001): Emotion und Schmerz. Primary Care, 1. S. 169-172.
8. Warden, V., Hurley, A.C. Volicer, L. (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. J Am Med Dir Assoc, 4, 9 – 15.
9. Wojnar, J., Bruder, J. (1995): Schmerz und psychische Störungen im Alter. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 28, S. 369-373.