

Christoph Gerhard, Oberhausen

Schmerzerfassung bei fortgeschritten neurologisch Erkrankten

Sorgfältig auf alle Zeichen achten

PHÄNOMENOLOGISCHE SCHMERZERFASSUNG Fremdeinschätzungen von Schmerzen sind unzuverlässig und beurteilen die Schmerzstärke in weniger als 50 % korrekt. Was kann man aber tun, wenn ein neurologisch Erkrankter aufgrund von Einschränkungen der kognitiven, sprachlichen oder mimisch-gestischen Fähigkeiten nicht in der Lage ist, über seinen Schmerz zu berichten und die Stärke bzw. Qualität mitzuteilen?

In diesem Beitrag wird dargestellt, welche Möglichkeiten der Schmerzeinschätzung in dieser Situation bestehen. Es wird aber auch klar, dass für eine einfühlsame Schmerz- und Symptomerfassung das bloße Abfragen von Skalen nicht reicht: Der Patient muss im Mittelpunkt stehen und sein ganzes Umfeld einbezogen werden. Nur mit einem umfassenden Ansatz nach Art einer „phänomenologischen“ Schmerzerfassung lässt sich dem Phänomen Schmerz mit seinen vier Dimensionen (gemäß dem „Total Pain Model“ von Cicely Saunders [8]: körperlicher, psychischer, sozialer und spiritueller Schmerz) gerecht werden.

Menschen mit Demenz

Demenzranke können selbst in fortgeschrittenen Stadien (oft bis zu einem Mini Mental State [MMS] von ca. 10)

meist noch sicher und reproduzierbar ihre Schmerzstärke angeben [2]. Am einfachsten gelingt die Schmerzerfassung mit Hilfe einer verbalen Ratingskala (VRS, Abb. 1).

In der Praxis geben die betroffenen Personen häufig Schmerzwerte an, an die sie sich aufgrund ihrer Demenz nach kurzer Zeit nicht mehr erinnern können. In Einzelfällen wissen sie bei erfolgreicher Schmerzbehandlung nicht mehr, jemals Schmerzen gehabt zu haben. Die Schmerzerfassung hat sich hier trotzdem als zuverlässig erwiesen.

Schwieriger wird die Symptomerfassung bei stärker kognitiv Beeinträchtigten. Obwohl fortgeschritten an Demenz Erkrankte oft noch mit einer verbalen Ratingskala gut umgehen können, haben sie manchmal das Wort Schmerz vergessen (siehe Fallbeispiel im Kasten). Andere Be-



Foto: privat

Dr. med. Christoph Gerhard, Oberhausen

troffene können aufgrund von Gesichtsfeldeinschränkungen besser mit einer vertikalen Skala umgehen besser als mit einer horizontalen Skala („Schmerzthermometer“).

Die emotionale Kompetenz bleibt bei einer fortschreitenden Demenzerkrankung im Gegensatz zur intellektuellen Kompetenz meist deutlich länger erhalten. Dies kann in der einfühlsamen Kommunikation mit kognitiv eingeschränkten Patienten genutzt werden.

Zahlreiche Beurteilungsskalen versuchen, das Ausdrucksverhalten des dementen Menschen in Scores einzuordnen. Damit werden Schmerzen anhand beobachtbarer Kriterien wie z. B. Atmung, negativer Lautäußerungen, Gesichtsausdruck, Körpersprache oder Reaktion auf Trost eingeschätzt. Solche Skalen sind die PAINAD-Skala (Pain Assessment in Advanced Dementia) aus den USA, die französische ECPA (Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes), die Doloplus und die kanadische PASCLAC (Pain Assessment Scale for Seniors with Severe Dementia).

Schmerzkommunikation bei Demenz, ein Beispiel

Schwester A. will Frau M., eine 86-jährige Heimbewohnerin, die bettlägerig ist und an einer Demenz leidet, aus dem Bett in einen Stuhl setzen. Schwester A. tut dies, damit Frau M. vom Sessel aus den schönen Blick auf den Park, den sie so liebt, genießen kann. Als sie Frau M. anfasst, zuckt diese zusammen und wehrt sich gegen die Mobilisation. Schwester A. ist hilflos. Ihre Kollegin Schwester B., die kürzlich einen Palliativkurs besucht hat, fragt Frau M.: „Haben Sie Schmerzen?“ Frau M. antwortet nicht. Schwester B. fragt dann: „Aua?“ Frau M. antwortet: „Aua; ja“, und klingt erleichtert. Schwester B. fragt: „Starkes Aua?“ Frau M. antwortet: „Oh ja.“

Schwester B. spricht mit dem Hausarzt, der in seinen Unterlagen findet, dass Frau M. eine rheumatische Gelenkerkrankung hat. Aufgrund ihrer Demenz konnte Frau M. von dieser Vorerkrankung nicht berichten und dieses Wissens war deshalb verloren gegangen. Sie bekommt ein Schmerzmittel verordnet und kann eine Stunde später problemlos in den Sessel aufstehen. Auf die erneute Frage nach „Aua“ schaut sie entgeistert, denn sie kann sich nicht mehr daran erinnern, Schmerzen gehabt zu haben.

Zwakhalen [9] hat diese Skalen bezüglich Validität und Reliabilität untersucht. Die Skalen PAINAD, Doloplus, PASCLAC und ECPA erfüllten entsprechende Kriterien. Ein Vergleich der drei englischsprachigen Skalen PAINAD, Doloplus und PASCLAC ergab eine hohe Übereinstimmung der Messwerte. In deutscher Übersetzung liegen die PAINAD-Skala (als BESD, Beurteilung von Schmerzen bei Demenz), die ECPA (als BISAD, Beobachtungsinstrument für das Schmerzassessment bei alten Menschen mit Demenz) sowie Doloplus vor. Diese Skalen sind nur für das Krankheitsbild Demenz evaluiert. Die BESD-Skala (Abb. 2) lässt sich besonders gut handhaben.

Wichtig ist, dass man sich nicht nur auf den Score dieser Schmerzerfassungsinstrumente verlässt, sondern das dort Gemessene immer auch mit der einfühlsamen Beobachtung möglichst durch eine Pflegeperson, die den Patienten schon lange kennt, vergleicht.

Personen, die an einer fortgeschrittenen Demenz erkrankt sind, können ihre Schmerzen häufig nicht mehr in Worte fassen. Die Schmerzen können sich bei ihnen z. B. als Unruhe, Depression, Aggressivität, Schlaflosigkeit oder Nahrungsverweigerung äußern [6]. In einer Art Teufelskreis führen die dagegen verordneten Psychopharmaka oder Fixierungsmaßnahmen dazu, dass die Betroffenen ihre Schmerzen noch schlechter äußern können und sich die Situation weiter verschlimmert.

Patienten mit Morbus Parkinson

Patienten mit Morbus Parkinson können meist bis in weit fortgeschrittene Krankheitsstadien über ihre Schmerzen berichten und diese mithilfe einfacher Skalen selbst einschätzen. Wichtig ist, dass man ihnen Zeit gibt, da sie aufgrund der Bradyphrenie oft lange brauchen, um Angaben zu ihrem Schmerz zu machen [4]. Parkinsonpatienten sind durch ihren Rigor und die Fehlbelastung des Bewegungsapparats sehr oft von zum Teil starken Schmerzen betroffen. Aufgrund der deutlich reduzierten mimischen Ausdrucksbewegungen und der reduzierten Körpersprache im Rahmen der Akinese greift

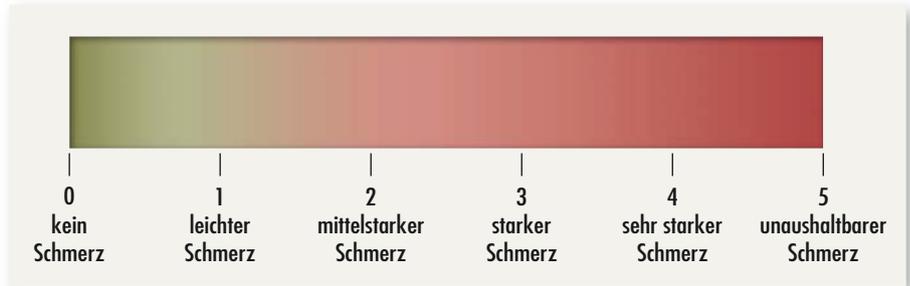


Abb. 1: Beispiel für eine verbale Ratingskala

Name des/der Beobachteten: _____

Beurteiler/in: _____

	0	1	2	Score
Atmung (unabhängig von Lautäußerung)	Normal	Gelegentlich angestrengt atmen Kurze Phasen von Hyperventilation	Lautstark angestrengt atmen Lange Phasen von Hyperventilation Cheyne-Stokes-Atmung	
Negative Lautäußerung	Keine	Gelegentlich stöhnen oder ächzen Sich leise negativ oder missbilligend äußern	Wiederholt beunruhigt rufen Laut stöhnen oder ächzen weinen	
Gesichtsausdruck	Lächelnd oder nichtssagend	Traurig Ängstlich Sorgenvoller Blick	Grimassieren	
Körpersprache	Entspannt	Angespannt Nervös hin- und hergehen Nesteln	Starr Geballte Fäuste Angezogene Knie Sich entziehen oder wegstoßen Schlagen	
Trost	Trösten nicht notwendig	Ablenken oder beruhigen durch Stimme oder Berührung möglich	Trösten, ablenken, beruhigen nicht möglich	
Gesamtscore				

Abb. 2: Skala zur Beurteilung der Schmerzen bei Demenzen (BESD; nach [1])

eine Schmerzeinschätzung aufgrund von Verhaltensmerkmalen oft zu kurz. Eine Anwendung der Items der BESD-Skala würde hier wesentliche Ausdrucksmerkmale falsch einschätzen.

Patienten mit Lähmungen der mimischen Muskulatur oder Pseudobulbärparalyse

Ähnlich wie bei Parkinsonpatienten kommt es z. B. bei Schlaganfall oder amy-

tropher Lateralsklerose durch Lähmungen der mimischen Muskulatur und des Körpers zu reduzierten oder fehlenden Ausdrucksbewegungen bzw. körpersprachlichen Äußerungen. Schlaganfallpatienten haben oft nur halbseitige Lähmungen, sodass die Beurteilung über die ungestörte Seite möglich ist, wenn man diese bewusst beobachtet. Menschen mit Pseudobulbärparalyse haben überschießende mimische Ausdrucksbewegungen.

Wenn sie lächeln wollen, kommt es zu einem ausgedehnten anhaltendem Lachen, oder wenn sie traurig schauen, erleben sie ein unsteuerbares heftiges Weinen (pathologisches Lachen und Weinen). Hier droht die Gefahr, den Schmerz des Betroffenen ebenso wie seine Emotionen zu überschätzen.

Menschen mit Sprachstörungen

Diese Patienten sind meist nicht in der Lage, in eindimensionalen Skalen ihre Schmerzen anzugeben. Es besteht die Gefahr, dass sie aufgrund der Sprachverständnisstörung die Fragen falsch verstehen und demzufolge falsch beantworten. Bei manchen Aphasien sind nur noch die Wörter „Ja“ oder „Nein“ verfügbar, sodass diese Patienten alle Fragen mit dem jeweiligen Wort beantworten. Es besteht hier die erhebliche Gefahr, Schmerzen falsch einzuschätzen, weshalb im einfühlsamen Dialog zunächst die Art der Sprachstörung und die Verwertbarkeit der dadurch erhältlichen Informationen überprüft werden muss. Dies ist eine sehr anspruchsvolle Herangehensweise, die einem „Spurenlesen im Sprachdschungel“ [7] gleicht (siehe Kasten unten).

Die ZOPA-Skala

Für neurologische Erkrankte, die herkömmliche Skalen nicht mehr benutzen können, gibt es die „Zurich Observation Pain Assessment“-Skala (Kasten oben). Sie sollte nur angewendet werden, wenn aufgrund der Bewusstseinsstörung und/

Wenn „Nein“ für „Ja“ steht

Herr M. ist 65 Jahre alt und hat vor einem Vierteljahr einen Schlaganfall mit halbseitiger Lähmung der rechten Körperhälfte und schwerer Sprachstörung erlitten. Er kann nur noch das Wort „Nein“ benutzen. Da die Ehefrau aufgrund seines Verhaltens vermutet, dass er Schmerzen in der rechten Schulter hat, ruft sie den Hausarzt. Der Hausarzt fragt einfühlsam nach Schmerzen, die Herr M. ganz heftig verneint. Da Herr M. nur noch das Wort „Nein“ benutzen kann, gelingt es ihm nur durch heftiges Verneinen, seinen starken Schmerz mitzuteilen.

Zurich Observation Pain Assessment (ZOPA) nach [5]

Beobachtete Verhaltensmerkmale:

- **Lautäußerungen**
 - Stöhnen/Klagen
 - Brummen
- **Gesichtsausdruck**
 - Verzerrter, gequälter Gesichtsausdruck
 - Starrer Blick
 - Zähne zusammenpressen (Tubus beißen)
 - Augen zusammenkneifen
 - Tränenfluss
- **Körpersprache**
 - Ruhelosigkeit
 - Massieren oder Berühren eines Körperteils
 - Angespannte Muskeln
- **Physiologische Indikatoren**
 - Änderungen in den Vitalzeichen
 - Blutdruck/Puls
 - Atmung
 - Veränderung der Gesichtsfarbe
 - Schwitzen/Röte

oder kognitiven Einschränkung andere Möglichkeiten der Schmerzerfassung nicht bestehen. Im Gegensatz zur BESD-Skala wird nicht etwa ein Summenscore gebildet, sondern eine schmerzreduzierende Maßnahme wird bereits eingeleitet und auf ihre Wirkung hin kontrolliert, wenn nur eines der Verhaltensmerkmale festgestellt wird. Daher wird der Schmerz des im Gesichtsausdruck oder der Körpersprache veränderten Menschen nicht so leicht unterschätzt.

Menschen im Koma oder Wachkoma

Nach überstandener Koma/Wachkoma geben zahlreiche Betroffene an, dass sie im Koma oder Wachkoma Schmerzen hatten [3]. Dies macht es unbedingt erforderlich, vor schmerzhaften Maßnahmen (z. B. Bewegungen, Injektionen usw.) Schmerzmittel zu geben. Gibt es aus der Krankenbeobachtung oder der Vorgeschichte Hinweise auf Schmerzprobleme (z. B. bekanntes Rheuma, bekannte Rückenschmerzen), sollte in jedem Fall eine Schmerzbehandlung durchgeführt wer-

den. Die Veränderungen (z. B. entspanntere Gesichtszüge, langsamere Atmung, weniger Schwitzen usw.) in der Verlaufsbeobachtung müssen zur Anpassung der Schmerztherapie genutzt werden. Dabei kann der zuvor dargestellte ZOPA-Bogen verwendet werden.

Literatur

- 1 Basler HD, Hüger D, Kunz R et al. Beurteilung von Schmerz bei Demenz (BESD). Schmerz 2006; 20: 519–526
- 2 DNQP: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege: Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege, Osnabrück, 2004
- 3 Gerhard C. Die Behandlung von Schmerzen und anderen Symptomen in der Palliativbetreuung im Pflegeheim. In Kostrzewa S, Gerhard C. Hospizliche Altenpflege. Hans Huber Verlag Bern 2009 (im Druck)
- 4 Gerhard C. Neuro Palliative Care. Hans Huber Verlag Bern 2010 (in Vorbereitung)
- 5 Handel E (Hrsg.). Praxishandbuch ZOPA. Hans Huber Verlag Bern 2009 (im Druck)
- 6 Kojer M (Hrsg.). Alt, krank und verwirrt. 3. Auflage. Lambertus Verlag Freiburg 2009
- 7 Sachweh S. Spurenlesen im Sprachdschungel. Huber Verlag Bern 2008
- 8 Saunders C, Baines M. Leben mit dem Sterben. Huber Verlag Bern 1991
- 9 Zwakhalen SM et al. The psychometric quality and clinical usefulness of three pain assessment tools for elderly patients with dementia. Pain 2006; 126: 210–220

Dr. med. Christoph Gerhard
 Arzt für Neurologie, Palliativmedizin und
 spezielle Schmerztherapie
 Oberarzt der neurologischen Klinik,
 Leiter des Palliativkonsiliardienstes
 Katholische Kliniken Oberhausen
 Mülheimer Straße 83, 46045 Oberhausen
 E-Mail: c.gerhard@kk-ob.de

Fazit für die Praxis

- Die dargestellten Schmerzska- len ermöglichen, manche Schmerz- situationen bei den Betroffenen festzustellen und deren Verlauf einzuschätzen.
- Zusätzliche Informationen erhält man, wenn man bedenkt, dass sich Schmerz auch als Unruhe, Depres- sion, Aggressivität, Schlaflosigkeit oder Nahrungsverweigerung äußern kann.
- Unersetzliche Hinweise liefern die Beobachtungen durch Menschen, die den Betroffenen am längsten kennen und in seiner Emotionalität und emotionalen Ausdrucksweise daher am besten einschätzen können.