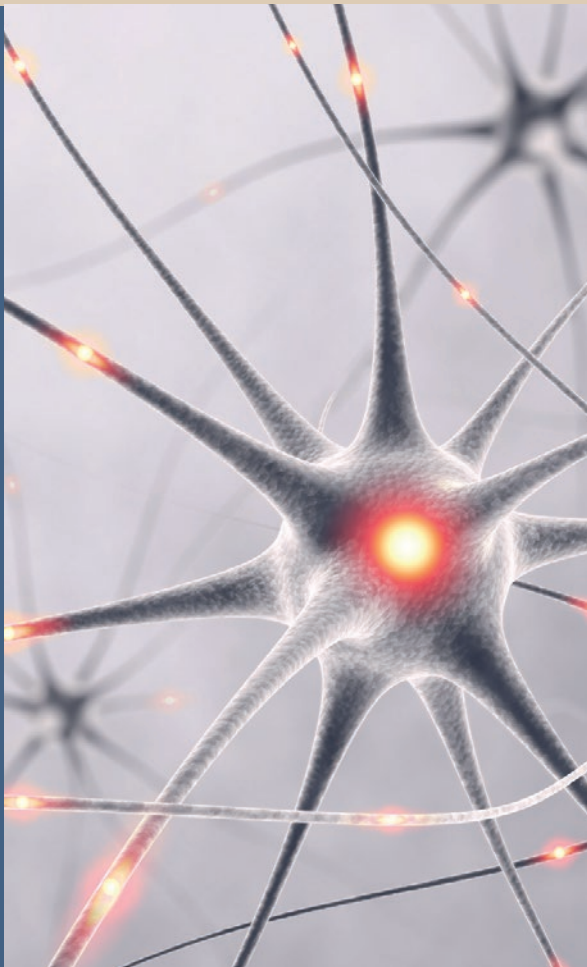




Schmerzen erkennen bei Demenz



Inhalt

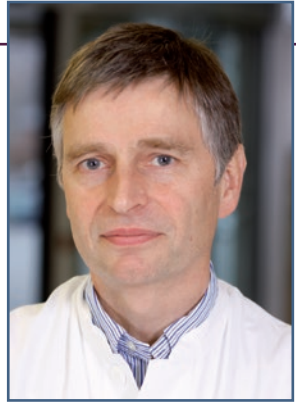
Seite

Vorwort	3
 1 Schmerz im Alter	4
1.1 Was ist Schmerz?	4
1.2 Besonderheiten bei älteren Schmerzpatienten	5
1.3 Häufige Schmerzformen im Alter	6
1.3.1 Akut auftretende Schmerzen	6
1.3.2 Chronische Schmerzerkrankungen	8
 2 Schmerzdiagnose bei Demenz	9
2.1 Schmerzempfinden von Demenzpatienten	9
2.2 Schmerzen bei Demenzpatienten erkennen und beurteilen	10
2.2.1 Eigenauskunft des Betroffenen (im Frühstadium)	10
2.2.2 Schmerzbiografie: Hinweise durch Vorerkrankungen	12
2.2.3 Beobachtung mit Unterstützung von Schmerzerfassungssystemen	12
2.2.4 Beurteilung des Allgemeinzustands	16
 3 Ganzheitliche Schmerztherapie	16
3.1 Akute Schmerzen sofort behandeln	16
3.2 Verbesserung des Allgemeinzustands	17
3.3 Nichtmedikamentöse Schmerztherapie	19
3.4 Medikamente	20
 4 Ursachen und Folgen unzureichender Behandlung	22
 5 Weiterführende Informationen	23

Vorwort

| PD Dr. med. Matthias Schuler |

Diakoniekrankenhaus Mannheim
Leitender Arzt der Akutgeriatrie,
Facharzt für Innere Medizin,
Geriatrie, Palliativmedizin,
Schmerztherapie, Akutgeriatrie



Liebe Leserin, lieber Leser,

fast die Hälfte aller älteren Menschen leidet unter Schmerzen. In Alten- und Pflegeheimen sind sogar bis zu 80 Prozent der Bewohner von dauerhaften Schmerzen betroffen. Da jeder Mensch Schmerz anders wahrnimmt, sind Ärzte auf die Mithilfe ihrer Patienten bei der Diagnose und Therapie von Schmerzen angewiesen. Doch schon diejenigen, die sich noch problemlos artikulieren können, erhalten häufig keine adäquate Behandlung. Das gilt erst recht für Demenzpatienten, die sich zu ihren Schmerzen nicht mehr äußern können. In diesen Fällen ergänzt bzw. ersetzt die Beobachtung die Selbstauskunft. Da niemand den betroffenen Menschen so gut kennt wie Sie, die Angehörigen, sind Sie die ersten Ansprechpartner für Ärzte und Pflegepersonal, wenn es darum geht, Verhaltensänderungen und andere Auffälligkeiten zu erkennen.

Mit dieser Broschüre wollen wir Sie als Angehörige oder Angehörigen eines demenzkranken Menschen über typische Schmerzerkrankungen im Alter, Hinweise auf Schmerz, Diagnoseverfahren und Behandlungsmöglichkeiten informieren. Erkennen Sie die Zeichen und helfen Sie Ihrem Angehörigen aus der Schmerz Falle.

Ich wünsche Ihnen eine anregende Lektüre!

PD Dr. med. Matthias Schuler

Schmerz im Alter

| 1 | Schmerz im Alter

1.1 Was ist Schmerz?

Schmerz hat eine wichtige Schutzfunktion. Wie eine Alarmglocke meldet er, dass etwas im Körper nicht stimmt. Auf dieses Signal reagieren wir instinktiv richtig, indem wir die Hand von der heißen Herdplatte ziehen oder ein gebrochenes Bein nicht zusätzlich belasten.



Werden akute Schmerzen über einen längeren Zeitraum ignoriert oder falsch behandelt, können sie sich verselbstständigen. Wer permanent Schmerzsignale wahrnimmt, entwickelt eine Art Schmerzgedächtnis. In der Folge leiten die Nervenzellen auch schwache Reize als starke Schmerzsignale weiter – die Schmerzschwelle sinkt, die Schmerzempfindlichkeit steigt, akuter Schmerz wird chronisch. Im Extremfall bereiten schon harmlose Berührungen Schmerzen.

Einschränkung der Lebensqualität

Für Millionen von Menschen ist der Schmerz ein ständiger Begleiter. Viele von ihnen leben in permanenter Angst vor neuen Schmerzattacken und reagieren darauf mit Rückzug, Resignation und Passivität. Doch wer sich ausschließlich auf den Schmerz konzentriert, verstärkt das Problem noch: Ohne Ablenkung und Lebensfreude ist man als Schmerzpatient anfälliger für Befindlichkeitsstörungen wie Schlaflosigkeit, Stress, Angst und Depressionen. Diese Gefühle verschlimmern wiederum den Schmerz – ein Teufelskreis aus Angst und Schmerzverstärkung entsteht.

Da die meisten chronischen Schmerzerkrankungen als Folge von akuten Schmerzen entstehen, ist es so wichtig, frühzeitig mit der Behandlung zu beginnen und diese konsequent durchzuführen.

1.2 Besonderheiten bei älteren Schmerzpatienten

Der Alterungsprozess bringt eine Reihe von körperlichen Veränderungen mit sich, die Einfluss auf die Schmerzentstehung, das Schmerzempfinden und die Reaktion auf die Therapie haben.

1. Durch das veränderte Schmerzempfinden wird Akutschmerz nicht mehr unbedingt als Warnsignal wahrgenommen. Das kann dazu führen, dass eigentlich gut behandelbare Erkrankungen so lange verschleppt werden, bis sie chronisch werden.
2. Auch ohne kognitive Beeinträchtigung haben ältere Patienten häufig Schwierigkeiten, ihren Schmerz direkt zu benennen oder zu beschreiben. Sie klagen eher über Schlaflosigkeit, Appetitmangel, Schwindel oder Ähnliches. Das erschwert die Diagnose.
3. Die körperlichen Veränderungen und der langsamere Stoffwechsel haben zur Folge, dass Medikamente anders wirken und schlechter abgebaut werden. Dadurch steigt das Risiko für Nebenwirkungen. Bei Mehrfacherkrankungen müssen die Schmerzmedikamente zudem sorgfältig auf andere Arzneimittel abgestimmt werden, um unerwünschte Wechselwirkungen zu vermeiden.



Schmerz im Alter

4. Neben diesen rein körperlichen Aspekten lassen sich zudem einige alterstypische Einstellungen und Verhaltensweisen beobachten. So ist die weit verbreitete Annahme, ältere Menschen würden ständig über ihre Beschwerden reden, falsch. Untersuchungen belegen, dass Ältere Schmerzen eher verschweigen, weil sie Angst vor unangenehmen Untersuchungen und Eingriffen haben, Nebenwirkungen und Abhängigkeit durch Medikamente sowie Kontrollverlust fürchten. Zudem nehmen viele ältere Menschen Schmerzen als selbstverständliche Begleiterscheinung des Alters hin und sprechen deshalb nicht darüber.

1.3 Häufige Schmerzformen im Alter

1.3.1 Akut auftretende Schmerzen

Es gibt akute Schmerzsituationen, die vor allem bettlägerige Patienten und/oder Demenzkranke betreffen, da sie in besonderem Maße unter typischen Alterssyndromen leiden (s. Kasten). Durch Vernachlässigung der Körperpflege, eine schlechtere Immunabwehr und Bettlägerigkeit steigt das Risiko für Infektionen, Entzündungen und Verletzungen sowie für Herz-Kreislauf-Probleme. Hinter auffälligem Verhalten des Betroffenen (s. Kap. 2.2.3) können diese Schmerzauslöser stehen:



- Harnwegsinfekte oder entzündliche Hautveränderungen im Genital- und Analbereich nach langem Tragen von feuchten Vorlagen bzw. Windeln bei Harn- oder Stuhlinkontinenz

Alterssyndrom

Durch das gemeinsame Auftreten verschiedener Symptome, die ihre Ursachen in ganz unterschiedlichen Krankheiten haben können, besteht die Gefahr, dass sich die einzelnen Störungen gegenseitig verstärken, den geistigen und körperlichen Verfall beschleunigen und mit großen Schmerzen einhergehen. Ein Beispiel: Wer permanent unter Schwindel leidet und ohnehin nicht mehr so sicher auf den Beinen ist, wird Bewegung aus Angst vor Stürzen so weit wie möglich vermeiden. Bewegungsmangel verschlimmert jedoch nicht nur die Kreislaufprobleme, sondern führt dazu, dass die Muskeln verkümmern, die Gelenke versteifen und das Risiko eines Sturzes steigt – ein Teufelskreis!

Zu den Alterssyndromen gehören folgende Störungen:

1. Intelligenzabbau (vor allem die verschiedenen Demenzformen)
2. Immobilität (Bewegungsmangel, Arthrose oder Lähmungen)
3. Instabilität (Schwindel, Stürze oder Folgen eines Schlaganfalls)
4. Inkontinenz (Harn- und Stuhlinkontinenz)
5. Einschränkungen der Wahrnehmungsorgane (Augenerkrankungen wie grauer Star oder Makuladegeneration sowie nachlassendes Gehör)

Schmerz im Alter

- Bauchschmerzen durch eine übervolle Blase oder Verstopfung
- Muskel- und Rückenschmerzen durch langes Sitzen oder Liegen
- Druckgeschwüre durch Wundliegen (Dekubitus)
- Zahnfleischentzündungen durch locker sitzende Zahnprothesen als Folge von Gewichtsverlust
- Infektionen der Mundschleimhaut (Mundsoor) durch Mundtrockenheit, mangelnde Zahn- und Mundhygiene oder medikamentenbedingte Störungen der Mundflora
- Prellungen, Blutergüsse und Knochenbrüche durch einen Sturz
- Gürtelrose (akute Herpes-zoster-Infektion)
- Tumorerkrankungen

1.3.2 Chronische Schmerzerkrankungen

Mit zunehmendem Alter steigt das Risiko für bestimmte schmerzhaftes Erkrankungen. Zu den häufigsten Ursachen von Schmerzen gehören bei den über 60-Jährigen folgende Krankheiten:

- degenerative Erkrankungen des Bewegungs- und Stützapparates (z. B. Rückenschmerzen, Arthrose und Osteoporose)
- Veränderungen an Muskeln und Sehnen
- rheumatische Erkrankungen (Weichteilrheumatismus, degenerativ-rheumatische



Erkrankungen, entzündliche Rheumaformen, insgesamt etwa 400 verschiedene Krankheitsbilder)

- Nervenerkrankungen/Nervenschädigungen (z. B. multiple Sklerose, Verletzungen des Rückenmarks, nach Amputationen sowie als Folge von Diabetes mellitus, Gürtelrose oder Bandscheibenvorfall)
- Krebsleiden/Tumorschmerzen

Auch depressive Erkrankungen, Angst und Verzweiflung können Schmerzen auslösen, aber genauso die Folge chronischer Schmerzen sein. Charakteristisch für all diese Erkrankungen ist, dass die damit verbundenen Schmerzen über einen längeren Zeitraum oder häufig wiederkehrend auftreten können, was das Risiko einer Chronifizierung erhöht.

| 2 | Schmerzdiagnose bei Demenz

2.1 Schmerzempfinden von Demenzpatienten

Nach aktuellen Schätzungen leben heute rund 1,4 Millionen Menschen mit Demenz in Deutschland. Das Risiko, an Demenz zu erkranken, steigt mit zunehmendem Alter ebenso wie das Risiko, dauerhaft Schmerzen zu erleiden. Die Wahrscheinlichkeit, dass Demenz und Schmerz gemeinsam auftreten, ist demnach sehr hoch. Trotzdem werden Demenzpatienten viel seltener und in geringerer Menge mit Schmerzmitteln behandelt als gleichaltrige Patienten ohne Demenz. Das liegt zum einen daran, dass sie zunehmend weniger in der Lage sind, Schmerzen verbal zu äußern, und diese deshalb übersehen werden. Zum anderen liegt es aber auch teils daran, dass das Vorurteil, demenziell erkrankte Menschen hätten weniger Schmerzen, noch immer weit verbreitet ist. Dabei wurde in mehreren Studien nachgewiesen, dass Demenzkranke ebenso unter Schmerzen leiden wie Menschen ohne kognitive Einschränkungen.

Schmerzdiagnose

Mit Fortschreiten der Erkrankung verlieren Demenzpatienten nicht nur die Fähigkeit, sich auf üblichem Wege mitzuteilen, sie können auch den Zusammenhang zwischen einer Schmerzempfindung und dem eigenen Körper nicht mehr herstellen. Das bedeutet, dass sie zum Beispiel weiterhin in zu engen Schuhen umherlaufen, obwohl sie die Schmerzen an den Füßen durchaus wahrnehmen. Gleichzeitig kann es sein, dass sie andere ihnen unangenehme Empfindungen wie Angst als Schmerzen interpretieren und entsprechend reagieren.

2.2 Schmerzen bei Demenzpatienten erkennen und beurteilen



All das macht es schwer, Schmerzen bei Demenzpatienten festzustellen und eine angemessene Behandlung in die Wege zu leiten. Im Folgenden stellen wir Ihnen verschiedene Methoden zur Schmerzerkennung vor, die den Grad der demenziellen Erkrankung berücksichtigen und Ihnen als Angehörigen ebenso wie Ärzten und Pflegekräften wichtige Hinweise auf akute und chronische Schmerzen geben.

2.2.1 Eigenauskunft des Betroffenen (im Frühstadium)

Dumpfes Pochen, stechendes Ziehen, Bohren oder Hämmern – Schmerz hat viele Gesichter! Eine genaue Analyse der Schmerzen ist daher die Grundlage jeder Behandlung. Da niemand den Schmerz so gut kennt wie die Betroffenen selbst, sind Ärzte auf die Mithilfe ihrer Patienten angewiesen, die in einem ausführlichen Gespräch hilfreiche Informationen

über Art, Ort, Dauer und Stärke der Schmerzen sowie Vorerkrankungen liefern. Diese Angaben werden in einem standardisierten Schmerzfragebogen vermerkt.

Da kein anderes Instrument zur Erfassung von Schmerzen so zuverlässig ist wie die Eigenauskunft, stellt diese auch bei Demenzpatienten die beste Methode dar – solange Kommunikation und die begriffliche Einsortierung von Schmerzen noch möglich sind. Normalerweise bedienen sich Ärzte zusätzlich zu den oben beschriebenen Maßnahmen einer numerischen Rating-Skala (NRS), um Intensität und Ausmaß der Schmerzen noch besser einschätzen zu können. Mit Hilfe der Skala können Patienten die Schmerzstärke von 0 (keine Schmerzen) bis



Da die emotionale Kompetenz eines Demenzpatienten meist länger erhalten bleibt als die kognitive Kompetenz, ist es wichtig, den Betroffenen Zeit für die Beantwortung der Fragen zu geben und einfühlsam vorzugehen.

10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) bewerten. Bei der Hälfte aller geriatrischen Patienten versagt diese Methode. In diesen Fällen kommt eine verbale Skala mit vier Schmerzstärken zum Einsatz (keine, schwache, mäßige, starke Schmerzen), dank derer immerhin 85 Prozent der Betroffenen Angaben zur Schmerzstärke machen können. Erst wenn Demenzkranke auch damit nicht mehr zurechtkommen, bedarf es anderer Diagnoseinstrumente.

Schmerzdiagnose

2.2.2 Schmerzbiografie: Hinweise durch Vorerkrankungen

Die Krankheitsgeschichte eines Demenzpatienten gibt wichtige Hinweise auf Schmerzen. Wer schon als jüngerer Mensch unter Rückenschmerzen, Arthrose oder anderen schmerzhaften Erkrankungen gelitten hat, wird wahrscheinlich auch im Alter unter diesen Beschwerden leiden. Neben Informationen über Vorerkrankungen ist es für Ärzte, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste außerdem wichtig zu wissen, ob, seit wann und



welche Schmerzmedikamente der Betroffene bisher eingenommen hat. Hier sind vor allem Angehörige gefragt, da sie häufig besser über den Schmerzmittelkonsum und -bedarf informiert sind als der behandelnde Arzt, vor allem dann, wenn der Patient auf freiverkäufliche Medikamente ohne ärztliche Rücksprache zurückgegriffen hat.

2.2.3 Beobachtung mit Unterstützung von Schmerzerfassungssystemen

Ist der Rückzug eines Demenzpatienten so weit fortgeschritten, dass er sich nicht mehr richtig mitteilen und auch einfache Fragen nach dem Befinden nicht mehr verstehen und beantworten kann, gewinnt die Verhaltensbeobachtung an Bedeutung. Dazu muss man wissen, dass sich Schmerzen bei Demenzkranken häufig in Form von Verhaltensauffälligkeiten äußern. Diese werden jedoch nicht immer als Schmerzen interpretiert und so bleibt eine effektive Schmerztherapie in vielen Fällen aus. Den unruhigen oder aggressiven Patienten stattdessen Beruhigungsmittel zu verabreichen, wie es

häufig geschieht, treibt sie immer weiter in die Schmerzspirale hinein. Um Fehleinschätzungen dieser Art zu vermeiden, kommt den Angehörigen eine wichtige Rolle zu, da sie den Betroffenen am besten kennen und Abweichungen vom Normalverhalten am ehesten bemerken.

Zu den möglichen Verhaltensreaktionen, die auf Schmerzen hindeuten, gehören folgende Symptome:

- Unruhe, Aggressivität, stereotype Bewegungsabläufe (z. B. Hin- und Herlaufen oder monotones Schaukeln)
- Wimmern, Stöhnen oder Schreien
- angespannter oder ängstlicher Gesichtsausdruck
- Schonhaltung oder verkrampfte Haltung
- Berührungsempfindlichkeit und Abwehr
- Appetitverlust
- Schlafstörungen
- zunehmende Verwirrtheit
- Verschlechterung des Allgemeinzustands
- Verminderung der funktionellen Fähigkeiten
- Teilnahmslosigkeit
- keine Reaktion auf Trost oder Zuwendung

Zu den vegetativen Reaktionen zählen folgende Zeichen, die allerdings bei Demenzkranken häufig nicht mehr so ausgeprägt auftreten oder trotz Schmerzreiz gänzlich ausbleiben können:

- veränderter Atemrhythmus
- übermäßiges Schwitzen
- erhöhter Blutdruck und Herzrasen
- Muskelanspannung

Jeder dieser Hinweise und jede Äußerung des Kranken sind ernst zu nehmen und sollten sofort an Pflegekräfte, Therapeuten und Ärzte weitergegeben werden. Ihnen stehen wei-

Schmerzdiagnose

tere Beobachtungsinstrumente in Form von Schmerzskalen zur Verfügung, die zwar nicht so aussagefähig wie die Selbstauskunft sind, aber dennoch eine gute Möglichkeit bieten, das Schmerzverhalten des Patienten in verschiedenen Situationen zu erfassen und zu dokumentieren. In Deutschland kommen vor allem drei Verfahren zum Einsatz: die BESD-Skala (BESD = Beurteilung von Schmerzen bei Demenz), die in Frankreich entwickelte ECPA-Skala (deutsch: BISAD) und die Doloplus-2-Skala.

1. **BESD-Skala:** Mit der BESD-Skala lassen sich insgesamt fünf Verhaltensäußerungen bei einem Patienten dokumentieren: Atmung, negative Lautäußerungen, die Körperhaltung, die Mimik und die Reaktion des Betroffenen auf Trost. Für jede Kategorie wird ein Wert zwischen 0 (keine Verhaltensreaktion) und 2 (stärkste Verhaltensreaktion) vergeben. Die BESD-Skala kann bei akuten und chronischen Schmerzen im Verlauf (am besten jeweils in einer Ruhesituation und bei Aktivität) eingesetzt werden. Empfohlen wird eine Beobachtungsdauer von je zwei Minuten. Bei einem Punktwert ab 2 (max. 10) ist es wahrscheinlich, dass der Patient Schmerzen hat.
2. **BISAD-Skala:** Mit diesem Beobachtungsinstrument wird das Verhalten des Patienten unter drei Kriterien beobachtet – außerhalb und während der Pflege sowie bei Aktivität. Insgesamt werden elf Parameter berücksichtigt. Um den Testbogen korrekt ausfüllen zu können, muss man den Patienten kennen, da im Test Vergleiche zu früheren Beobachtungszeitpunkten gezogen werden.
3. **Doloplus-2-Skala:** Auf Beobachtung basiert auch die Doloplus-2-Skala, die insgesamt zehn Parameter abfragt und somatische, psychomotorische und psychosoziale Aspekte berücksichtigt.

Fragen stellen!

Auch wenn die verbale Kommunikation mit dem Demenzkranken unmöglich erscheint, sollten Sie ihn immer wieder fragen, ob er Schmerzen hat. Stellen Sie die Frage so einfach wie möglich: „Hast Du Schmerzen?“ oder „Wo tut es weh?“ Reagiert er darauf nicht, zeigen Sie auf die Stelle, die ihm Ihrer Meinung nach Schmerzen verursacht, und fragen Sie: „Tut es da weh?“ Beachten Sie, dass umgekehrt „Aua!“ als Äußerung eines Demenzkranken nicht unbedingt ein Hinweis auf Schmerzen sein muss, sondern auch Ausdruck von Angst oder Unsicherheit sein kann.

Für den Einsatz all dieser Verfahren ist eine vorherige Schulung des Pflegepersonals notwendig. Wenn Sie als die Angehörigen sich für die Details der BESD-Skala von der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V. interessieren, finden Sie diese im Internet unter www.nahrungsverweigerung.de/Contents/BESD.pdf.



Besteht Unsicherheit darüber, ob ein Demenzpatient unter Schmerzen leidet, hat sich die versuchsweise Gabe eines Schmerzmittels bewährt. In diesem Fall sollte der Betroffene vor und nach der Einnahme des Medikaments und bei verschiedenen Dosierungen genau beobachtet werden. Verbessert sich sein Zustand, entspannt und beruhigt er sich, ist das ein weiterer Hinweis darauf, dass Schmerzen die Ursache für sein verändertes Verhalten waren.

Schmerztherapie

2.2.4 Beurteilung des Allgemeinzustands



Eine umfassende Schmerzerfassung sollte darüber hinaus auch die Überprüfung des Allgemeinzustands beinhalten. Welche anderen Erkrankungen liegen vor? Über welche Alltagskompetenzen verfügt der Patient? Wie mobil ist er? Besteht eventuell eine Depression oder eine Angststörung? Wie weit ist der Verlust der kognitiven Fähigkeiten fortgeschritten? Da sich all diese Faktoren gegenseitig

beeinflussen, empfiehlt es sich, sie frühzeitig in das Behandlungskonzept einzubeziehen. Wichtig ist zudem, Demenzkranke regelmäßig auf die in Kapitel 1.3.1 und vor allem 1.3.2 vorgestellten typischen Schmerzursachen bei älteren und bettlägerigen Menschen hin zu untersuchen. Hierbei können Sie als die Angehörigen wichtige Hilfe leisten.

| 3 | Ganzheitliche Schmerztherapie

Grundsätzlich unterscheidet sich die Schmerztherapie bei Demenzkranken nicht wesentlich von der kognitiv unbeeinträchtigter und/oder jüngerer Schmerzpatienten. Auch hier besteht die Behandlung aus einem Bündel von Maßnahmen, die darauf abzielen, die Schmerzen zu lindern und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.

3.1 Akute Schmerzen sofort behandeln

Akute Schmerzen, denen eine eindeutige Ursache zugrunde liegt, können bei frühzeitiger Diagnose in der Regel erfolg-

Schmerzarten

Für eine erfolgreiche Behandlung ist es wichtig, den Schmerz nicht nur nach Stärke und Dauer, sondern auch nach der Art des Schmerzes zu beurteilen. Dies gilt für akute und chronische Schmerzen gleichermaßen. Es gibt drei verschiedene Schmerzarten:

- Rezeptorschmerzen (ausgelöst durch Verletzungen oder Gewebeschädigungen)
- Nervenschmerzen (ausgelöst durch eine Schädigung oder Fehlfunktion der Nervenfasern)
- gemischte Schmerzen (Mischform aus Rezeptor- und Nervenschmerzen)

Je nach Schmerzart erfolgen die Auswahl der Schmerzmedikamente und die Zusammensetzung der Therapie.

reich behandelt werden (s. Kap. 1). Werden die Schmerzen beispielsweise durch eine Gallenblasenentzündung hervorgerufen, gehören Antibiotika und/oder die operative Entfernung der Gallenblase zu den gängigen Therapieverfahren. Je nach Ausprägung der Schmerzen kann die vorübergehende Gabe von Schmerzmitteln angezeigt sein. Bei sehr geschwächten Patienten mit fortgeschrittener Demenz ist es jedoch möglich, dass die Ursache nicht mehr behandelt werden kann. In diesen Fällen kommt der Schmerztherapie eine große Bedeutung zu.

3.2 Verbesserung des Allgemeinzustands

Alle Maßnahmen der aktivierenden Pflege, die eine der wichtigsten Grundregeln bei der Pflege von Demenzpatienten ist, dienen nicht nur der Vorbeugung von Beschwerden, sondern auch der Behandlung von Schmerzen. Da sich die Betroffenen

Schmerztherapie

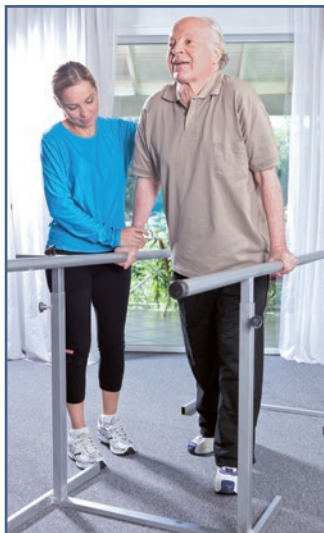
Typischen Schmerzen vorbeugen

Damit es gar nicht erst zu bestimmten Beschwerden kommt, bedarf es großer Aufmerksamkeit und Sorgfalt bei der Pflege. Neben Bewegungsangeboten, die dem Funktionserhalt dienen, sollten Sie als Angehörige oder Angehöriger auf Folgendes achten:

- Einen Demenzkranken sollten Sie regelmäßig auf wunde oder entzündete Stellen („rote Hautstellen“) hin untersuchen, um einen Dekubitus (= Druckgeschwür) oder schmerzhafte Hautreizungen durch falsch sitzende Kleidung und feuchte Inkontinenzvorlagen zu vermeiden bzw. rechtzeitig zu erkennen.
- Regelmäßiges Essen, Trinken und Zähneputzen beugt Zahn- und Zahnfleischproblemen vor. Nahrungsverweigerung kann ein Indiz für Druckstellen im Mund z. B. durch lose sitzenden Zahnersatz oder eine Mundinfektion sein. Besondere Aufmerksamkeit ist nach einer Antibiotika- oder Chemotherapie geboten, wenn die Mundflora ohnehin anfällig ist für Pilzinfektionen.
- Ermöglichen Sie dem Pflegebedürftigen, regelmäßig zur Toilette gehen zu können, auch wenn es für alle Beteiligten mühsam ist. So vermeidet man Bauchschmerzen durch eine übervolle Blase oder Verstopfung ebenso wie die Folgen von Inkontinenz (Blasenentzündung, Infektionen).

Informieren Sie sich über die Pflege von Demenzkranken und insbesondere über die Grundsätze der aktivierenden Pflege. Adressen finden Sie auf Seite 23.

im Verlauf ihrer Erkrankung immer weniger bewegen, sind Muskeln, Sehnen, Knochen und Bänder zunehmend geschwächt, verkürzt und schließlich versteift. Das verursacht nicht nur Schmerzen, sondern führt auch zum schnelleren Verlust der noch verbliebenen Fähigkeiten, weil der Erhalt der Selbstständigkeit untrennbar mit dem Erhalt der Beweglichkeit verbunden ist.



3.3 Nichtmedikamentöse Schmerztherapie

Eine sanfte Mobilisierung kann je nach Allgemeinzustand des Patienten passive oder aktive Bewegungsübungen, gemeinsame Spaziergänge und Wasseranwendungen beinhalten. Ergo- und Physiotherapie, Massage sowie wärmende und kühlende Anwendungen lindern Schmerzen manchmal schneller und effektiver als Medikamente. Einen festen Platz in der Schmerztherapie haben auch Behandlungsmethoden wie Akupunktur und Nervenstimulation (TENS). Mit Nadeln bzw. elektrischen Impulsen werden die Nervenbahnen, die zugleich für die Weiterleitung der Schmerzreize verantwortlich sind, stimuliert. Im Normalfall wird der Schmerz dadurch überlagert und das Schmerzempfinden verringert. Leider liegen bisher kaum Ergebnisse zur Wirksamkeit von Akupunktur bei Demenz vor. Einen positiven Effekt auf den Allgemeinzustand des Betroffenen haben darüber hinaus einfache, aber zeitintensive Maßnahmen wie Trost, Aufmerksamkeit, Kommunikation, Beschäftigung, Zuwendung und Berührungen, da diese dem inneren Rückzug des Demenzkranken entgegenwirken.

Schmerztherapie

3.4 Medikamente

Noch immer stehen viele Menschen einer Schmerzbehandlung mit Medikamenten und vor allem dem Einsatz von Opioiden skeptisch gegenüber, weil sie Angst vor Nebenwirkungen und Abhängigkeit haben. Diese Bedenken sind jedoch unbegründet, wenn die Besonderheiten älterer Schmerzpatienten bei der Therapie – vor allem mögliche Wechselwirkungen mit anderen Wirkstoffen – berücksichtigt werden (s. Kap. 1.2) und man sich strikt an die Vorgaben des Arztes hält. Letztlich geht es darum, die Schmerzen auf ein erträgliches Niveau zu senken und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern.



Wichtiger Hinweis: Bei Demenzkranken müssen Angehörige und/oder das Pflegepersonal für die Einhaltung des Therapieplans sorgen.

Grundsätzlich stehen für die Behandlung chronischer Schmerzen verschiedene Gruppen von Schmerzmedikamenten (= Analgetika) zur Verfügung. Entsprechend ihrer Wirkstärke werden sie in Nicht-Opioide (z. B. Paracetamol), in schwache und starke Opioide unterteilt. Eine weitere Therapieoption ist die Wirkstoffklasse MOR-NRI*, die zwei Wirkmechanismen in einem Molekül vereint, die das körpereigene System zur Schmerzabwehr unterstützen.

* MOR = μ -Opioidrezeptor-Agonist,
NRI = Noradrenalin-Reuptake-Inhibitor

Bei leichten bis mittleren Schmerzen kommen zunächst nicht-opioide Schmerzmittel zum Einsatz. Da diese überwiegend frei verkäuflich sind, glauben viele Menschen, deren Einnahme sei absolut unbedenklich. Das stimmt jedoch nicht. Über einen längeren Zeitraum können sie vor allem bei älteren Menschen starke Nebenwirkungen hervorrufen. Das gilt besonders für die beliebten Rheumamittel Diclofenac und Ibuprofen, die nur mit ärztlicher Verordnung eingenommen werden sollten. Lassen die Schmerzen nicht nach, ist es in den meisten Fällen besser, auf Opioide oder MOR-NRI umzusteigen, als die Dosis der Nicht-Opioide weiter zu erhöhen.

Opioide sind starke Schmerzmittel, die die Weiterleitung von Schmerzsignalen im Rückenmark und im Gehirn hemmen und dabei zuverlässig die schmerzstillende Wirkung der körpereigenen Substanzen nachahmen. Bei korrekter Anwendung führt die Einnahme von Opioiden in der Regel nicht zu einer psychischen Abhängigkeit, wie viele Menschen fürchten. Dafür sorgen vor allem sogenannte „retardierte“ Opioide, die den Wirkstoff kontinuierlich freisetzen, so dass die Konzentration im Blut auf konstantem Niveau gehalten wird und eine anregende Wirkung ausbleibt. Durch retardierte Präparate lässt sich auch das Sturzrisiko, das in den ersten 14 Tagen erhöht ist, reduzieren. Das erfordert allerdings die regelmäßige Einnahme nach einem festen Zeitplan. Als große Erleichterung empfinden daher viele Patienten bzw. deren Angehörige die Behandlung mit Schmerzplaster, die je nach Präparat nur alle drei bis sieben Tage gewechselt werden müssen. Alle Opioide (auch Pflaster) bedürfen allerdings der ärztlichen Überwachung und einer sorgfältigen Beobachtung durch Angehörige, da Nebenwirkungen wie Schläfrigkeit, Verstopfung, Harnverhalt oder Atemprobleme auftreten können.

Da auch Opioide nicht bei allen Schmerzpatienten helfen, setzen viele Ärzte auf die Kombination mehrerer Medikamente,

Schmerztherapie

die ihre Wirkung an verschiedenen Stellen des Körpers auf unterschiedliche Weise entfalten. So fördern z. B. Antidepressiva oder krampflösende Mittel Schmerzmedikamente in ihrer Wirkung. An dieser Stelle sei noch darauf hingewiesen, dass die Einnahme von Opioiden bei richtig gewählter Dosierung nicht mit einer Verschlechterung des Geisteszustands oder der Wahrnehmungsfähigkeit von Demenzkranken einhergeht, wie häufig angenommen wird. Insgesamt kann eine gute Schmerztherapie sogar zur Stabilisierung geistiger Funktionen beitragen.

| 4 | Ursachen und Folgen unzureichender Behandlung

Als die Angehörigen eines Demenzkranken wissen Sie, wie wichtig es ist, die noch verbliebenen Fähigkeiten der oder des Betroffenen zu fördern, um den Krankheitsprozess zu verlangsamen und die Alltagskompetenz so lange wie möglich zu erhalten. Eine unerkannte Schmerzerkrankung macht all diese Bemühungen zunichte und verursacht unendliches Leid. Mit zunehmender Schmerzdauer und -intensität treten typische Begleiterscheinungen wie Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, Schwindel und Übelkeit auf. Diese Symptome zeigen sich bei den meisten Schmerzpatienten, unabhängig von Alter und geistiger Verfassung.

Bei Demenzkranken verschlechtert sich darüber hinaus ihr Allgemeinzustand. Sie werden verwirrter, können sich nur noch schlecht konzentrieren und nehmen ihre Umwelt kaum noch wahr. Mit dem Nachlassen von Kognition, Sozialkompetenz und Mobilität geht unweigerlich ein Verlust der Selbstständigkeit einher. All das kann zu Angst und Depression führen, die ihrerseits ebenso dringend wie die Schmerzen behandelt werden müssen. Umgekehrt belegen Studien, dass eine systematisch durchgeführte Schmerztherapie nicht nur

die Beschwerden deutlich mindert, sondern auch den Gesamtzustand von Demenzkranken erheblich verbessert. Das bedeutet für Angehörige und Pflegepersonal auch eine deutliche Entlastung bei der Versorgung.

| 5 | Weiterführende Informationen

- Wegweiser zur Schmerztherapie, www.schmerztherapeuten.de
- Deutsche Schmerzliga e.V., Tel.: 0700/375375375 (Mo. bis Fr. 9 bis 12 Uhr, 12 Cent/Minute), www.schmerzliga.de
- Bundesverband Deutsche Schmerzhilfe e.V., Tel.: 04142/810434, www.schmerzhilfe.de
- Deutsche Schmerzgesellschaft e.V., Tel.: 030/39409689-0, www.dgss.org
- Change Pain – Initiative zur besseren Versorgung von Schmerzpatienten, www.change-pain.de
- Informationen des Bundesgesundheitsministeriums zum Thema Demenz, www.bmg.bund.de/pflege/demenz.html
- Pflegewegweiser des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, www.wege-zur-pflege.de
- Alzheimer-Telefon: Anlaufstelle für Betroffene und deren Angehörige, Tel.: 01803/171017 (9 Cent/Minute)
- Deutsche Alzheimer Gesellschaft e.V., Tel.: 030-2593795-0, www.deutsche-alzheimer.de
- Demenz und Schmerz, Ratgeber der Deutschen Palliativ-Stiftung, www.palliativstiftung.de
- Alzheimer erkennen, Angebot der Deutschen Seniorenliga e.V., www.dsl-alzheimer.de



Deutsche Seniorenliga e.V.
Heilsbachstraße 32
53123 Bonn

E-Mail: info@deutsche-seniorenliga.de
Internet: www.deutsche-seniorenliga.de

In Kooperation mit



Grünenthal GmbH
52099 Aachen
Deutschland
www.grunenthal.de

Impressum



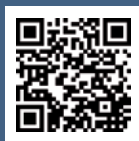
Herausgeber und V. i. S. d. P.:
RA Erhard Hackler
Geschäftsführender Vorstand
Deutsche Seniorenliga e.V.

Text:
Claudia Vonstein

Medizinische Beratung:
PD Dr. med. Matthias Schuler

Ausgabe 2014

Besuchen Sie uns auch unter:
www.dsl-chronische-schmerzen.de



Bildnachweise:
Fotolia/GordonGrand: Seiten 1, 24, 10
Fotolia/ag visuell: Seite 1
Fotolia/Sebastian Kaulitzki: Seite 4
Fotolia/absolut: Seiten 5, 12
Fotolia/Yuri Arcus: Seiten 6, 20
Fotolia/Monkey Business: Seite 8
Fotolia/Gabriele Rohde: Seite 11
Fotolia/goodluz: Seite 15
Fancy/Senior Care: Seite 16
Fotolia/iceteastock: Seite 19

Verbreitung, Übersetzung und jegliche
Wiedergabe auch von Teilen dieser Broschüre
nur mit Genehmigung des Herausgebers