

BACHELORARBEIT

Studiengang Gesundheits- und Pflegewissenschaft an der Medizinischen
Universität Graz

Schmerzassessment bei demenzkranken Menschen

Betreuerin:

Ao. Univ. – Prof. Dr. phil. Anna Gries

8010 Graz, Harrachgasse 21/V

vorgelegt von:

Evelyn Schantl, 0410496

August 2012

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Bachelorarbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe. Weiters erkläre ich, dass ich diese Arbeit in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt habe.

Graz, am 14.08.2012

Unterschrift: 

Inhaltsverzeichnis

1. EINLEITUNG	1
2. SCHMERZ	2
2.1 Definition des Schmerzes	2
2.2 Physiologie des Schmerzes	3
2.2.1 Nozizeptorenschmerz.....	4
2.2.2 Neuropathischer Schmerz	4
2.2.3 Transduktion - die Schmerzentstehung	5
2.2.4 Transmission- die Schmerzleitung.....	5
2.2.5 Modulation – die körpereigene Schmerzbeeinflussung	5
2.3 Schmerzschwelle	6
2.4 Schmerztoleranz	6
2.5 Akuter Schmerz	7
2.6 Chronischer Schmerz	7
3. DEMENZ	7
3.1 Definition von Demenz	7
3.2 Verhaltenserfassung bei Demenz	8
3.2.1 Verfahren zur Verhaltenserfassung	8
3.2.1.1 Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAIN).....	9
3.2.1.2 Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER).....	9
3.2.1.3 Behaviour Pathology in Alzheimer` s Disease Rating Scale (BEHAVE – AD)	9
3.2.1.4 Neuropsychiatrisches Inventar (NPI).....	10
3.2.1.5 Challenging Behaviour Scale (CBS).....	10
3.2.1.6 Dementia Care Mapping (DCM)	10
4. SCHMERZEN IM ALTER	11
4.1 Das alternde und neurodegenerativ veränderte Gehirn	12
4.2 Psychische und kulturelle Einflüsse auf das Schmerzerleben	12
5. SCHMERZEN UND DEMENZ	13
6. MIT DER ALZHEIMER – KRANKHEIT LEBEN	15
6.1 Cogito, ergo sum	16
6.2 Alzheimer – Krankheit, Selbsttötung und Tod	17
7. SCHMERZASSESSMENT	17

7.1 Einschätzung der Schmerzintensität.....	18
7.2 Eindimensionale Dialogskalen	18
7.2.1 Visuelle Analogskala (VAS).....	19
7.2.2 Numerische Ratingskala (NRS)	19
7.2.3 Visuelle Ratingskala (VRS)	19
7.2.4 Wong-Baker-Skala/Facial Pain Scale (FPS).....	19
7.3 Schmerzempfindungsskala (SES).....	20
7.4 Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV).....	20
7.5 Tübinger Bogen zur Erfassung des Schmerzverhaltens (TBS).....	21
7.6 Echelle comportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA).....	22
7.7 Brief Pain Inventory (BPI).....	24
7.8 Der Kontext der Schmerzerfassung	25
7.9 Der Entwicklungsstand von Schmerzerfassungsinstrumenten	26
7.10 Die praktische Anwendung von Instrumenten zur Schmerzerfassung	26
 8. IMPLEMENTIERUNG EINES SYSTEMATISCHEN SCHMERZASSESSMENTS FÜR DEMENTE MENSCHEN	 27
 ZUSAMMENFASSUNG.....	 28

Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: SCHMERZSKULPTUR	2
ABBILDUNG 3: VISUELLE ANALOGSKALA	19
ABBILDUNG 4: FESV - BW (T-WERTE)	21
ABBILDUNG 5: ECPA-SCHMERZSKALA	24

1. Einleitung

Das Thema dieser Bachelorarbeit ist „Schmerzassessment bei demenzkranken Menschen“. Natürlich habe ich mich nicht ohne Grund für dieses Thema entschieden. Seit sieben Jahren arbeite ich nun im klinischen Bereich und mein Berufsalltag, der zugleich auch meine Berufung für mich darstellt führt mich immer wieder zu besonderen Menschen und speziellen PatientInnen. Menschen, die ihre Bedürfnisse nicht einfach wie viele andere PatientInnen durch verbale oder auch nonverbale Kommunikationsarten mitteilen können. Es ist nicht selbstverständlich für sie, ihre Emotionen so äußern zu können, sodass ihr/sein Gegenüber diese auch verstehen kann. Es handelt sich um Menschen mit kognitiven Veränderungen, welche Erkrankungen wie z.B.: die Demenz mit sich bringen.

In meiner Arbeit möchte ich auf die Äußerung und vor allem die Erkennung von Schmerzen bei Menschen eingehen, deren kognitive Fähigkeiten eingeschränkt sind. Zu Beginn befasse ich mich mit der Definition, der Physiologie und den Arten des Schmerzes. Daraufhin gehe ich auf das Thema der Demenz, das Verhalten und die Verhaltenserfassung bei Demenz ein und versuche, diverse Instrumente zur Verhaltenserfassung aufzuzählen und zu beschreiben. Auch der alternde Mensch im Zusammenhang mit Schmerzen spielt in meiner Arbeit eine Rolle. Ich versuche, die persönlichen Erfahrungen eines an Alzheimer erkrankten Mannes, der ein Buch über sein Schicksal verfasste, wiederzugeben. Bei der Schmerzerfassung angelangt, erkläre ich nicht nur einige Schmerzerfassungsskalen, sondern setze mich auch mit der praktischen Anwendung und der Implementierung eines systematischen Schmerzassessments für demente Menschen auseinander. Zielsetzung dieser Arbeit ist es aufzuzeigen, dass im Umgang mit demenzerkrankten Menschen im klinischen Bereich spezielle Verfahren zur Verfügung stehen, um diese Personen adäquat betreuen, behandeln, pflegen und therapieren zu können. Die Fragestellungen, ob und welche Methoden es zur Schmerzerfassung bei demenzkranken Menschen gibt, sollen beantwortet werden. Aus dem Thema ergibt sich auch die Frage nach der Anwendung und der Implementierung von Assessment – Methoden zum Thema Demenz, Alter und Verhalten im Zusammenhang mit Schmerz.

2. Schmerz

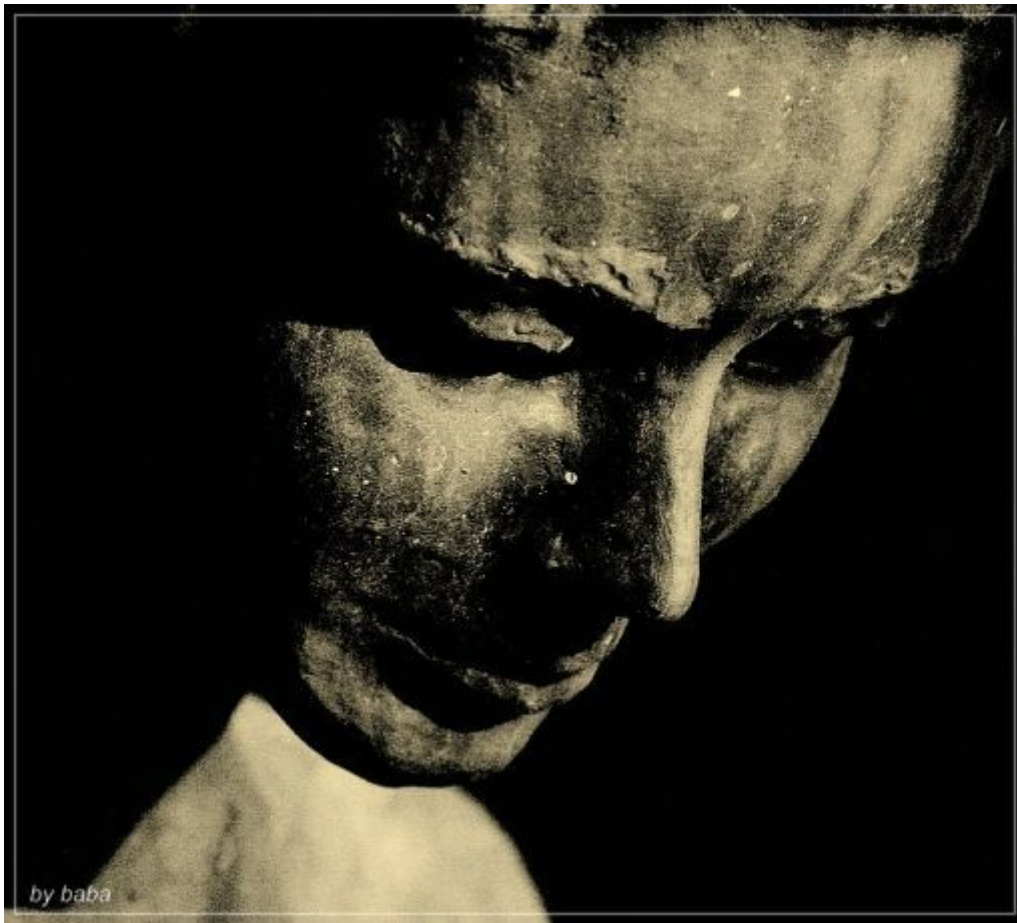


Abbildung 1: Schmerzkulptur

<http://view.stern.de/de/picture/1255538/Skulptur-Freien-Sch%F6nheit-Schmerz-Schwarz-Still-%26-Objektfotografie-510x510.jpg> 17.01.2012 11:13.

2.1 Definition des Schmerzes

„Schmerz ist das, was die/der Betroffene über die Schmerzen mitteilt, sie sind vorhanden, wenn die/der Betroffene mit Schmerzen sagt, dass sie/er Schmerzen hat“ (dt. Übersetzung nach McCaffery, Pasero 1999, S. 17) (vgl. SCHWERMANN 2008, S.11).

Das Erlebnis eines Individuums mit dem Thema Schmerz ist nicht nur für die/den Betroffenen, sondern für alle, die sich mit dem Phänomen in Therapie und Forschung auseinandersetzen, eine riesige Herausforderung (vgl. GALLACCHI 2005, S.5).

Schmerz ist ein unangenehmes Sinnes- oder Gefühlserlebnis, das mit tatsächlicher oder potenzieller Gewebsschädigung einhergeht oder von den betroffenen Personen so beschrieben wird, als wäre eine solche Gewebeschädigung die Ursache. Die Empfindung Schmerz wird als komplexe Wechselwirkung zwischen biologischen, psychischen und sozialen Faktoren

angenommen. Schmerz ist eine subjektive Wahrnehmung, die nicht alleine von den neuronalen Signalen aus den Schmerznervenfasern an das Gehirn bestimmt wird. Filterprozesse aus unserem Zentralnervensystem sorgen dafür, dass eine körperliche Schädigung nicht zwangsläufig zu Schmerzen führt (vgl. <http://de.wikipedia.org/wiki/Schmerz#Definition> 17.01.2012 13:24). Schmerzen sind Wegbegleiter des Menschen. Alle die im medizinischen und pflegerischen Bereich tätig sind begleitet der Schmerz auf Schritt und Tritt. Auch wenn der Schmerz ein allgegenwärtiges Phänomen und Problem ist, gibt es für ihn keine einfachen und eindeutigen Definitionen (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S.557).

2.2 Physiologie des Schmerzes

Im peripheren Nervensystem gibt es spezielle Sensoren, die eine so hohe Erregungsschwelle aufweisen, dass sie nur durch Gewebe schädigende Reize erregt werden (vgl. GALLACHI 2005, S.26).

Schmerz besitzt hauptsächlich drei Komponenten. Die sensorisch-diskriminative Komponente, die kognitiv-evaluative Komponente und die affektiv-motivationale Komponente. Die sensorisch-diskriminative Komponente beschreibt, wie der Mensch den Schmerz wahrnimmt. Bei der kognitiv-evaluativen Komponente geht es darum, wie der Mensch den Schmerz aus seiner Vernunft heraus bewertet. Das gefühlsmäßige Erleben des Schmerzes wird von der affektiv-motivationalen Komponente beschrieben. Die physiologische Sinneswahrnehmung, dass der Körper Schaden zu nehmen droht, ist Bestandteil der sensorisch-diskriminativen Komponente. Schmerz führt zu körperlichen Reaktionen und hat das Ziel, den Schaden zu vermindern oder zu vermeiden. Wenn die Schmerzwahrnehmung gestört ist, kann aus einer oberflächlichen Hautverletzung eine ernstzunehmende Entzündung entstehen, weil eine kleine Wunde nicht bemerkt wurde. Dies kann bei einer diabetischen Neuropathie der Fall sein. Schmerzen sind lebensnotwendige Alarmgeber zum Selbstschutz des Organismus. Eine einfache funktionale Betrachtung des Schmerzes als biologisches Warnsignal wird der Komplexität des Schmerzempfindens und des Schmerzerlebens nicht gerecht. Ähnliche oder gleiche periphere Schmerzreize können bei verschiedenen Menschen zu unterschiedlichen Schmerzen führen. Dieselbe/derselbe PatientIn kann in unterschiedlichen Situationen dieselben Schmerzreize anders erleben. Die klinische Praxis zeigt, dass Schmerzen auch ohne drohende Gewebsschäden auftreten können. Der Schmerz ist ein psycho-physisches Erlebnis, in welches biologische und nicht-biologische Faktoren einfließen. Dies sind persönliche Schmerzerfahrungen, kulturelle, ökonomische und soziale Hintergründe. Die Schmerzintensität kann von milden Formen bis hin zum schwersten Leiden variieren (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 557, 558).

2.2.1 Nozizeptorenschmerz

Nozizeptoren sind Schmerzrezeptoren. Sie sind zu 90% in der Haut, aber auch in anderen Geweben vorhanden. Diese Schmerzrezeptoren werden durch Gewebe schädigende Reize erregt. Schmerz entsteht durch einen mechanischen Druck, chemische oder thermische Reize. Mit diesen Reizen werden Transmittersubstanzen und Ionen freigesetzt, welche die Schmerzrezeptoren erregen. Reize können von außen oder von innen erfolgen. Nervenfasern leiten diesen Schmerzreiz weiter zum Rückenmark. Vom Rückenmark wird der Schmerz zum Gehirn weitergeleitet. Erst zu diesem Zeitpunkt wird nun der Schmerz bewusst wahrgenommen (vgl. SCHWERMANN 2008, S. 23, 14).

Es wird zwischen somatischen und viszeralen Schmerzen unterschieden. Zum somatischen Schmerz führen Schäden an Haut, Muskeln, Knochen, Gelenken und Bindegeweben. Hierbei wird der Oberflächenschmerz, der in der Haut entsteht, vom Tiefenschmerz, der von Muskeln, Gelenken, Knochen und Bindegewebe ausgeht, unterschieden. Der Oberflächenschmerz besteht aus zwei Phasen. In der ersten Phase empfindet man einen kurzen, hellen, scharfen und gut lokalisierbaren Schmerz. Dabei handelt es sich um den ersten Oberflächenschmerz. Die zweite Phase beinhaltet den zweiten Oberflächenschmerz. Dies ist ein diffuser, dumpfer oder brennender Schmerz, der nur langsam abklingt. Bei viszeralen Schmerzen handelt es sich um Eingeweideschmerzen. Man meint damit Schmerzen der inneren Organe. Dieser viszerale Schmerz entsteht durch Dehnung von Hohlorganen, Spasmen von glatter Muskulatur, Durchblutungsstörungen oder Entzündungen (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 559).

2.2.2 Neuropathischer Schmerz

Es liegt eine Schädigung des Nozizeptorensystems vor. Die Auswirkungen dieser Schädigung sind Nervenkompressionen oder Nervenverletzungen, die zu einer anatomischen und funktionellen Störung der Hemmsysteme führen. Die Folgen davon sind schmerzverstärkende Vorgänge, welche sich in spontanen und anfallsartig einschließenden Schmerzen äußern. Neuropathische Schmerzen sind schwer mit gängigen Analgetika therapierbar und gelten als sehr komplex (vgl. SCHWERMANN 2008, S. 23, 14).

Neuropathische Schmerzen werden häufig als quälend, blitzartig, brennend oder einschließend beschrieben. Die Schmerzen werden so beschrieben, als kämen sie aus dem Körperteil, in dem die Nervenendigungen liegen, obwohl die Schädigung irgendwo im Nervenverlauf lokalisiert ist. Man

nennt diese Schmerzen auch projizierte Schmerzen, da sie wie ein Dia in der Körperperipherie abgebildet werden. Am bekanntesten sind die ausstrahlenden, ziehenden Schmerzen im Bein bei Bandscheibenschäden im Lendenwirbelbereich und Neuralgien (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 559).

2.2.3 Transduktion - die Schmerzentstehung

Wenn es zu einer Gewebsschädigung durch mechanische, chemische oder physikalische Einflüsse kommt, entstehen Schmerzen. Durch Reize werden in der Zelle chemische Botenstoffe ausgeschüttet, die Schmerzmediatoren. Dazu gehören Histamin, Serotonin, Prostaglandine und Kinine. Diese Stoffe sensibilisieren die Empfindlichkeit der im Gewebe befindlichen Schmerzrezeptoren. Diese Schmerzrezeptoren nennt man Nozizeptoren. Nozizeptoren kommen in Haut, Muskeln, inneren Organen und Blutgefäßen vor. Ihre Anzahl unterscheidet sich jedoch an unterschiedlichen Körperstellen. Wird eine ausreichende Menge an Botenstoffen ausgeschüttet, entsteht im Schmerzrezeptor schließlich ein Aktionspotenzial. Ein Aktionspotenzial entsteht nach dem Alles- oder – Nichts – Prinzip und ist mit kurzen, blitzartigen, elektrischen Impulsen vergleichbar.

2.2.4 Transmission - die Schmerzleitung

Die Schmerzleitung besteht aus drei Phasen. Zuerst wird das aufgrund des schädigenden Reizes entstandene Aktionspotenzial entlang der Bahn des Schmerzrezeptors bis ins Rückenmark weitergeleitet. Im Rückenmark endet der Nozizeptor. Nun ist die erste Phase abgeschlossen. In der zweiten Phase wird der Schmerzreiz vom Nozizeptor auf Neurone im Dorsalhorn des Rückenmarks übertragen. Nun verlässt der Schmerzreiz das periphere Nervensystem und wird im zentralen Nervensystem weiter verarbeitet. Als Neurotransmitter werden Substanz P und Glutamat ausgeschüttet. In der dritten Phase dient der Thalamus als Verteilerstation. Von dort wird der Schmerzreiz zu unterschiedlichen Regionen in der Großhirnrinde weitergeleitet.

2.2.5 Modulation – die körpereigene Schmerzbeeinflussung

Neben Transmission und Transduktion ist die Modulation ein zentraler Bestandteil der Schmerzphysiologie. Der Körper schüttet beim absteigenden Hemmsystem eigene, schmerzreduzierende Stoffe aus. Diese Stoffe nennt man Endorphine. Endorphine werden im Rückenmark ausgeschüttet. Sie binden an Opioidrezeptoren und dämpfen somit die Transmission. Diese Regulation ist wichtig, damit Schmerzreize nicht zur Unterbrechung lebensnotwendiger Handlungsabläufe führen. Bei der segmentalen Hemmung wird die Umschaltung von einem schmerzleitenden Neuron auf das nächste im Rückenmark durch zwischengeschaltete

Nervenzellen, die Interneurone, gehemmt. Auch die Anwendung von Wärme, Massagen, kognitive Interventionen, Entspannung oder emotionale Zuwendung können Schmerzen lindern (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 559, 560).

2.3 Schmerzschwelle

Wenn die Schmerzschwelle überschritten wird, dann nimmt man einen Reiz subjektiv als Schmerz wahr. Bei gesunden Menschen unterscheidet sich diese Schwelle meist nicht wesentlich. Durch Gesundheitsprobleme, wie zum Beispiel Depressionen wird diese Schwelle beeinträchtigt. Oberflächliche Schmerzen, wie Hitze oder Kälte, werden hingegen weniger stark und schnell wahrgenommen.

2.4 Schmerztoleranz

Die Schmerztoleranz ist eine soziokulturell geprägte Erfahrung. Der Stimulus, der zu einem maximal tolerierbaren Reiz führt, kann niedrig oder hoch sein. Es gibt keine kausale Verbindung zwischen der Gewebsschädigung und dem individuellen Schmerzausdruck (vgl. REUSCHENBACH, MAHLER 2011, S.418).

Zur Verdeutlichung kann man daran denken, wie es ist, einen heißen Topf von der Herdplatte zu nehmen: Zuerst empfindet man den Topf als heiß, man spürt aber noch keinen Schmerz. Wenn der Topf heißer wird, dann kommt es zu dem Punkt, an dem die Berührung des Topfes als schmerzhaft empfunden wird. Hierbei wird von der Schmerzschwelle gesprochen. Noch kann man den Topf trotz Schmerzen anfassen, wird aber der Topf noch heißer, dann lässt man ihn auf jeden Fall los, weil der Schmerz unerträglich wird. Man spricht dann von der Schmerztoleranz. Schmerzschwelle und Schmerztoleranz sind von Mensch zu Mensch sehr unterschiedlich. Je nach Situation werden dieselben Schmerzen von ein- und demselben Menschen unterschiedlich toleriert. Wiederholte Schmerzen können zu einer Absenkung der Schmerzschwelle und zu einer verminderten Schmerztoleranz führen (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 560, 561).

2.5 Akuter Schmerz

Beim akuten Schmerz handelt es sich um ein Warnsignal des Körpers. Er geht meist auf eine fassbare Gewebsschädigung zurück. Eine/ein Betroffene/Betroffener kann den akuten Schmerz gut lokalisieren. Der plötzlich auftretende Schmerz ist ein Alarmzeichen. Beim akuten Schmerz ist es wichtig, die Ursache zu finden und diese Ursache gezielt zu behandeln. Akute Schmerzen sind oft schon vor Abschluss der Diagnostik mit Analgetika zu behandeln. Schmerzlinderung ist für die Diagnosestellung von Vorteil, da der/die PatientIn besser kooperieren und Auskunft geben kann.

2.6 Chronischer Schmerz

Wenn Schmerzen über einen längeren Zeitraum andauern, als der Körper üblicherweise für die Heilung einer bestimmten Schädigung bräuchte, dann spricht man von chronischen Schmerzen. Schmerzen die länger andauern als drei Monate werden als chronische Schmerzen bezeichnet. Chronische Schmerzen können ständig vorhanden sein oder chronisch-intermittierend auftreten. Weiters können chronische Schmerzen als maligne und nicht-maligne Schmerzen unterschieden werden. Maligne Schmerzen werden auch als Tumorschmerzen bezeichnet. Die Ursache von malignen Schmerzen sind bösartige Neubildungen. Chronisch nicht-maligne Schmerzen haben andere Ursachen. Erkrankungen wie z.B.: Arthritis oder Arthrose sind chronisch degenerativ und zählen zu den chronisch nicht-malignen Schmerzen. Mit der Zunahme dieser Erkrankungen steigt auch die Bedeutung chronisch nicht-maligner Schmerzen. Die Funktion des Warnsignals hat der chronische Schmerz meist verloren, und kann sich zur Krankheit entwickeln. Der chronische Schmerz geht meist aus einem akuten Schmerz hervor, der nicht adäquat behandelt wurde (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 561).

3. Demenz

3.1 Definition von Demenz

Definition nach der ICD-10

Syndrom einer meist chronischen oder fortschreitenden Erkrankung des Gehirns mit Störung vieler höherer kortikaler Funktionen, bei dem es zu einer Abnahme des Gedächtnisses und anderer kognitiver Fähigkeiten wie Denken, Orientierung, Auffassung, Sprache und Urteilsvermögen sowie zu Störungen von Antrieb, Affektkontrolle oder Sozialverhalten kommt. Gleichzeitig kommt es zur Abnahme der Fähigkeit zur Bewältigung alltäglicher Aufgaben. Die Störungen müssen

mindestens sechs Monate bestehen und dürfen nicht durch einen Verwirrtheitszustand verursacht worden sein.

Die häufigste Demenzform ist die Demenz vom Alzheimer-Typ. Zwei Drittel aller Erkrankungsfälle entfallen auf diesen Typ. Ein chronisch - progredienter Verlauf ist typisch für die Alzheimer – Demenz. Dieser Verlauf dauert fünf bis neun Jahre und führt zu vollständiger Hilflosigkeit. Sogar die Orientierung zur eigenen Person ist im höheren Stadium reduziert oder gänzlich aufgehoben.

Im Vorstadium kommt es zu einer leichten kognitiven Beeinträchtigung, die subjektiv bemerkbar ist. Das Lebensalter ist der Hauptrisikofaktor für Demenzen. Als protektive Faktoren gelten das Bildungs - und das Aktivitätsniveau.

Bei den Bewohnern von Alten- und Pflegeheimen spielt das Problem der Demenzerkrankung eine besondere Rolle. Die Prävalenz- und Inzidenzraten liegen in Heimen viermal höher als in Privathaushalten (vgl. REUSCHENBACH 2011, S.349, 350).

3.2 Verhaltenserfassung bei Demenz

Die Kommunikation mit demenzkranken Menschen wird erleichtert, indem man versucht, sich in ihre Gefühlswelt hineinzusetzen. Demenzkranke verlieren ihre spezifische menschliche Wahrnehmungsfähigkeit und den Orientierungssinn, deswegen sieht die Welt für sie oft merkwürdig und unverständlich aus. Personen, Situationen und Gegenstände können sie häufig nicht in einem zusammenhängenden Kontext sehen. Weil ihnen das Wissen und die Sicherheit von Ressourcen fehlt, können sie häufig aktuelle Situationen nicht meistern. Sie können Realität und Vergangenheit häufig nicht unterscheiden. Auch Halluzinationen sind keine Seltenheit und es ist meist unmöglich, demenzerkrankten Menschen die Irrealität der Halluzinationen glaubwürdig zu machen. Im Idealfall geht man auf die Halluzination ein (vgl. http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#Erleben_demenzkranker_Menschen 17.01.2012 19:21).

Der erste Schritt einer professionellen Auseinandersetzung mit herausforderndem Verhalten besteht in der standardisierten Erfassung des Verhaltens. Dies geschieht durch geeignete Assessments. Zur Einschätzung des Verhaltens sind Informationen wie die Dauer, die Stärke und die Häufigkeit des Verhaltens wichtig.

3.2.1 Verfahren zur Verhaltenserfassung

- Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAI)
- Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)

- Behavior Pathology in Alzheimers Disease Rating Scale (BEHAVE – AD)
- Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)
- Challenging Behaviour Scale (CBS)
- Dementia Care Mapping (DCM)

3.2.1.1 Cohen Mansfield Agitation Inventory (CMAIN)

Es handelt sich um ein Instrument zur Erfassung agitierter Verhaltensweisen bei BewohnerInnen von Pflegeheimen. Entwickelt wurde es im Rahmen einer empirischen Studie von Cohen Mansfield. Die Häufigkeit und die Schwere agitierten Verhaltens lassen sich durch Fremdbeobachtung beurteilen. Zielpopulation dieses Instrumentes sind BewohnerInnen von Pflegeheimen. Es handelt sich um ein Fremdbefragungsinstrument und kann von Pflegepersonen durchgeführt werden. Beurteilt werden die letzten zwei Wochen vor dem Erfassungstag. Die Erfassung dauert zehn bis fünfzehn Minuten.

3.2.1.2 Nurses Observation Scale for Geriatric Patients (NOSGER)

Dieses Instrument wurde in der Schweiz für den stationären und häuslichen Bereich entwickelt. Es wurde in einer klinischen Studie zur Wirkungsprüfung eines neuen Psychopharmakas entwickelt. Zielpopulation der NOSGER sind psychisch gesunde oder gestörte Altersprobanden im häuslichen und stationären Umfeld. Es werden alltagsrelevante Verhaltensweisen bei psychogeriatrischen PatientInnen erfasst. Auch die Anwendung zur Erfassung des psychosozialen Pflegebedarfs wird diskutiert. Es handelt sich um ein Fremdbeurteilungsinstrument. Die Skala soll von direkten BetreuerInnen in einem Zeitraum von zwei Wochen vor der Erhebung genutzt werden.

3.2.1.3 Behaviour Pathology in Alzheimer`s Disease Rating Scale (BEHAVE – AD)

Die BEHAVE – AD gehört zu den ersten verhaltensbezogenen Instrumenten für PatientInnen mit Alzheimer – Krankheit. Entwickelt wurde das Instrument für den Einsatz bei ambulanten PatientInnen mit milder bis schwerer Alzheimer – Demenz. Grundlage für die Entwicklung war eine Studie über die Verhaltenssymptomatik bei Menschen mit Alzheimer – Demenz. Es soll jene Verhaltensformen reflektieren, welche die Pflegepersonen als störend und belastend empfinden. Die Skala eignet sich auch für den Einsatz bei Medikamentenstudien. Es ist ein Fremdbeurteilungsinstrument. Die Bewertung wird von einer Betreuungsperson für den

bewertungsrelevanten Zeitraum von zwei Wochen durchgeführt. Das Instrument konzentriert sich auf zwei Aspekte, dies sind die Symptomatologie und die Globaleinschätzung des Verhaltens.

3.2.1.4 Neuropsychiatrisches Inventar (NPI)

Dies wird zur Einschätzung psychiatrischer Symptome entwickelt, die häufig während des Demenz- Prozesses bei ambulanten PatientInnen auftreten. Es soll als Hilfsmittel zur Differenzialdiagnostik dienen. Es kann bei PatientInnen in allen Demenzstadien angewandt werden. Das NPI ist ein strukturiertes Interview. Informationen werden von direkten BetreuerInnen geliefert. Diese sollen mit dem zu beschreibenden Menschen gut vertraut sein. Diese Abfrage bezieht sich auf einen Zeitraum von einem Monat.

3.2.1.5 Challenging Behaviour Scale (CBS)

Hier werden vier Hauptprobleme bereits existierender Skalen zur Erfassung herausfordernder Verhaltensweisen beschrieben.

- 1) Viele Skalen sind für ein begrenztes Setting entwickelt worden. Das Verhalten eines Menschen ist jedoch sehr stark von seiner Umgebung abhängig. Deswegen ist eine generalisierte Anwendung problematisch.
- 2) Die erfassten Verhaltensbereiche beziehen sich nicht auf alle Pflegebereiche.
- 3) Die Skalen sind hinsichtlich ihrer Definition, der Anwendung und des Erhebungsdesigns unterschiedlich.
- 4) Einige Skalen sind in der Überprüfung unglaubwürdig.

Aufgrund dieser Mängel wurde entschlossen eine neue Skala zu konstruieren, welche leicht in der Anwendung und gute testtheoretische Eigenschaften hat. Die CBS ist eine Fremderfassungsskala und wird von professionell Betreuenden angewendet. Die Skala bezieht sich auf die letzten acht Wochen.

3.2.1.6 Dementia Care Mapping (DCM)

DCM wurde in Großbritannien als Instrument zur Überprüfung der Pflegequalität bei Menschen mit Demenz entworfen. Es ist ein ernsthafter Versuch, den Standpunkt der Person mit Demenz einzunehmen, und zwar unter Anwendung einer Kombination aus Empathie und der Fertigkeit des Beobachters. Es werden fünf psychische Grundbedürfnisse von Menschen mit Demenz, die man befriedigen sollte, berücksichtigt. Es sind die Bedürfnisse nach Trost, primärer Bindung, Einbeziehung, Beschäftigung und Identität. DCM ist eine prozessorientierte Methode zur

Verbesserung der Pflegequalität. Anzuwenden ist das Verfahren in Tagespflegeeinrichtungen, in der stationären Altenpflege, in Wohngemeinschaften für Demenzerkrankte und in geriatrischen, sowie gerontopsychiatrischen Bereichen in Allgemein – und Fachkrankenhäusern (vgl. REUSCHENBACH 2011, S.372-387).

4. Schmerzen im Alter

Die Schmerzschwelle bei Älteren im Verhältnis zu jüngeren Menschen ist nicht erhöht und es kann grundsätzlich auch von keinem geringeren Schmerzempfinden gesprochen werden. Eine Erhöhung der Schmerztoleranz im Alter ist aufgrund einer veränderten Schmerzverarbeitung durchaus möglich. Im Alter sind hohe psychische Kapazitäten zur Verarbeitung des Schmerzerlebens vorhanden. Die veränderte Schmerzverarbeitung ändert jedoch nicht die Problematik, dass ältere Menschen Schmerzen haben, die nicht vernachlässigt werden dürfen und eine geeignete Therapie benötigen. Im Vordergrund stehen bei älteren Menschen Gelenksschmerzen und Rückenschmerzen (vgl. SCHWERMANN 2008, S. 15f).

Mit dem Altern gehen einige Veränderungen einher, deren Ursachen und Bedeutung für das Schmerzerleben nicht genau geklärt sind. Die Leitgeschwindigkeit der Nervenbahnen und der Nozizeptoren nimmt im Alter ab. Ältere Menschen haben sich physiologisch gesehen eher an Verluste und Einschränkungen ihrer Leistungsfähigkeit gewöhnt. In sozialer Hinsicht pflegen alte Menschen eher Zurückhaltung. Das eigene Leid soll anderen nicht zur Last fallen. Schmerzen werden von älteren Menschen häufig als „logische“ Folge des Alterns gesehen. Sie arrangieren sich besonders bei langsamer Zunahme der Schmerzintensität mit Einschränkungen ihrer Lebensqualität. Häufig fällt es alten Menschen schwer, über ihre Schmerzen mit Pflegenden oder Medizinern zu sprechen. Die Erinnerung an Schmerzen verschwindet, selbst wenn sie nur Stunden oder Tage zurückliegen, sobald kognitive Veränderungen, z.B.: eine Demenz vorliegt. Mit dem Alter erhöht sich leicht die Schmerzschwelle, während die Schmerztoleranz eher sinkt. Daraus ergeben sich Konsequenzen. Durch die erhöhte Schmerzschwelle kann der plötzlich auftretende Schmerz als Warnsignal einer Erkrankung in den Hintergrund treten. Die niedrige Schmerztoleranz bedeutet, dass der Spielraum der Schmerztherapie enger wird. Schmerzspitzen müssen genau abgefangen werden und ein unverzügliches Handeln bei akuten Schmerzen ist notwendig. Die Prävalenz von Schmerzen steigt mit dem Alter an. Die häufigsten Ursachen sind Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates und Neuropathien. Für alte Menschen ist der Zugang zu einer adäquaten Schmerztherapie häufig erschwert durch eingeschränkte Mobilität und Kognition. Spezielle Angebote für alte Menschen sind sehr selten. Besonders demenziell erkrankte Menschen empfinden Schmerzen und benötigen eine angepasste Schmerztherapie. Insbesondere

die Schmerzerkennung und Schmerzeinschätzung sind bei ihnen nur sehr erschwert möglich (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 562).

4.1 Das alternde und neurodegenerativ veränderte Gehirn

Altersassoziierte und neurodegenerative Prozesse und Erkrankungen wie das Parkinson Syndrom und die Alzheimer - Demenz nehmen in unserer älter werdenden Gesellschaft zu. Die Zahl der Menschen mit altersbedingten unspezifischen kognitiven Veränderungen steigt massiv. Neben dem persönlichen Leid der Betroffenen und ihrer Angehörigen wird sich die gesundheitspolitische Bedeutung dieser Erkrankungen und seiner Folgen in den nächsten Jahren massiv verstärken. Für die Neubildung und das langfristige Überleben von Nervenzellen im gesunden Gehirn ist der stärkste physiologische Stimulus regelmäßige, freiwillige, körperliche Betätigung und ein Leben in reizreicher Umgebung. Epidemiologische Studien konnten zeigen, dass sich regelmäßige körperliche Aktivität und bewusste Ernährung positiv auf die kardiovaskuläre Gesundheit auswirken. Bei chronisch-neurodegenerativen Erkrankungen wie dem idiopathischen Parkinson-Syndrom und dem Morbus Alzheimer wird körperliche Aktivität in Form von Physiotherapie seit langem als symptomatische Begleittherapie eingesetzt. Freiwillige körperliche Aktivität wirkt sich nicht nur auf die Motorik, sondern auch auf die Kognition sowohl im gesunden als auch im neurodegenerativ veränderten Gehirn fördernd aus. Positive Auswirkungen auf die gesamte Gehirnfunktion scheint auch das Ernährungsverhalten zu haben. Laut tierexperimentellen Studien liegt nahe, dass die zugrunde liegenden Mechanismen auf eine Verstärkung endogener Plastizität zurückzuführen sein könnten. Erste experimentelle Studien mit Menschen zeigten, dass sich durch Aktivität und Ernährung eine verbesserte kognitive Funktion erreichen lässt. Hiermit gibt es die Möglichkeit, durch Änderungen des Lebensstils Alterungs - und degenerative Prozesse kausal zu beeinflussen. Somit gäbe es einen potenziell sozioökonomischen als auch ethisch praktikablen therapeutischen Ansatz bei neurodegenerativen Erkrankungen (vgl. DER NERVENARZT 2011, Band 82, Heft 12, S.1569).

4.2 Psychische und kulturelle Einflüsse auf das Schmerzerleben

Es sind aus der psychologischen Forschung Einflüsse auf das bewusste Schmerzerleben bekannt. Angst, Einsamkeit, Abhängigkeit, Sorgen oder Depressionen gehören zu den schmerzverstärkenden Faktoren. Dagegen wirken das Gefühl der Sicherheit, Zuwendung sowie Verständnis durch nahe stehende Menschen, Selbstbestimmung, Hoffnung, Freude und Ablenkung schmerzlindernd. Schmerzen können auch zu psychischen Veränderungen führen, besonders zu Depressionen. Das individuelle Schmerzkonzept, darunter versteht man die Einstellung der/des

Einzelnen, wirkt sich auf den Umgang mit Schmerzen und die Schmerzwahrnehmung aus. Schmerzen können als Herausforderung gesehen werden. In bestimmten Lebenssituationen, wie bei einer Geburt oder einer Operation erwarten Menschen Schmerzen und stellen sich darauf ein. Deswegen sind PatientInnen meistens mit klinischen Behandlungen zufrieden auch wenn sie Schmerzen erleiden mussten. Menschen, die sich selbst die Schuld am Schmerz geben, nehmen den Schmerz häufig sehr intensiv wahr. Der Schmerz ist für sie ein Schulderlebnis. Schmerzen können von PatientInnen auch missverstanden werden. Dieser Fall tritt dann ein, wenn der Schmerz für die/den Betroffenen unerklärlich ist und schicksalhaft über sie/ihn hereingebrochen zu sein scheint. Diese Menschen haben häufig Angst vor der Zukunft. Die Schmerzakzeptanz kann ambivalent sein. Je nach Persönlichkeit der/des PatientInnen kann Schmerzakzeptanz zu Hoffnungslosigkeit oder zur Übernahme einer Opferrolle führen. Es besteht jedoch auch die Möglichkeit, dass sich die/der PatientIn bei einer erfolgreichen Schmerztherapie aktiv dem Leben zuwendet und ihren/seinen sozialen Kontakten nachgeht.

Auch verschiedene Kulturen haben ein unterschiedliches Verständnis vom Schmerz und vom Umgang mit Schmerzen. Kulturelle Schmerzkonzepte beeinflussen die Entwicklung des individuellen Schmerzkonzeptes. Schmerzkonzepte können von Gesellschaftsschicht zu Gesellschaftsschicht unterschiedlich sein und einander auch widersprechen. In der mitteleuropäischen Gesellschaft gilt es als Schwäche, Schmerzen zuzugeben. In anderen Kulturen jedoch wird ein extrovertierter und offener Umgang mit Schmerzen gepflegt. Es ist wichtig jeden einzelnen PatientInnen in ihren/seinen Schmerzäußerungen wahrzunehmen und ernst zu nehmen (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S.562, 563).

5. Schmerzen und Demenz

Der Einfluss der Demenz auf das Schmerzerleben bei älteren Menschen ist eine Frage, die offen bleibt. Demenz ist ein Nachlassen der Gedächtnisfunktionen und ist durch Einbußen der kognitiven Fähigkeiten charakterisiert. Dazu gehören die Wahrnehmung, die Aufmerksamkeit, die Problemlösung, der Handlungsentwurf, die Sprachleistung, sowie die Fähigkeit, Neues zu lernen oder bereits gelerntes wieder abzurufen. Diese Störungen führen zu Beeinträchtigungen des Alltags. Von den Angehörigen der Betroffenen werden diese Symptome eher bemerkt als von den Betroffenen selbst. Wahrnehmungsstörungen, Denkstörungen, Wahnvorstellungen, Persönlichkeitsveränderungen, Desorientiertheit, Inkontinenz und daraufhin körperlicher Abbau, welcher zur Pflegebedürftigkeit führt, sind das Schicksal der betroffenen Personen. Demenz wird in drei Stadien unterteilt. Bei einer leichten Demenz sind die Beschwerden zwar erkennbar, die meisten Alltagstätigkeiten sind in vertrauter Umgebung aber noch machbar. Im zweiten Stadium

handelt es sich um die mittelschwere Demenz. Hier kommt es auch in vertrauter Umgebung zu Orientierungsstörungen. Es kann dazu kommen, dass Alltagsaktivitäten zunehmend unmöglich werden. Unruhe und zwanghaftes Verhalten werden zum Problem. Beim letzten Stadium handelt es sich um die schwere Demenz. In diesem Stadium benötigt die/der Betroffene Unterstützung in allen Lebensaktivitäten. Häufig ist eine Demenz dann der Grund, warum Menschen in ein Pflegeheim überwechseln. Mehr als die Hälfte der Heimbewohner leidet an mittelschwerer oder schwerer Demenz. Das Schmerzerleben demenziell erkrankter Menschen ist nach wie vor nicht ausreichend untersucht, was primär in der eingeschränkten Kommunikations- und Merkfähigkeit der Betroffenen begründet liegt. Eine zusätzliche Aktualität erhält die Problematik durch Berichte von Fehldiagnosen, die auf einer mangelnden Reaktion auf Schmerzreize basierten und zum Tode der/des Demenzkranken führten. Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass ältere Menschen mit Demenz ein erhöhtes Schmerzempfinden im Vergleich zu älteren Menschen ohne Demenz haben. Dieses Phänomen wird damit erklärt, dass die Betroffenen in Folge von Schlaganfällen unter einem postapoplektischen Schmerz leiden. Nach einem apoplektischen Insult kann es zu zentralen Schmerzen kommen, die auf einer Schädigung des Nervensystems im Bereich des Thalamus beruhen und zu den neuropathischen Schmerzen gezählt werden. Genauere Erklärungen zur Beschreibung des veränderten Schmerzerlebens demenziell erkrankter Menschen können anhand dieser Informationen jedoch nicht erfolgen. Wesentlicher sind die zusätzlichen Erkenntnisse im Hinblick auf die veränderte Schmerzkommunikation bei Demenzkranken. Die geringe Reliabilität der Schmerzberichte, sowie die mangelnde Fähigkeit zur verbalen Kommunikation beeinträchtigen die Schmerzkommunikation bei dieser Personengruppe. Es rückt die Forderung nach geeigneten Instrumenten zur Schmerzeinschätzung bei demenziell erkrankten und kommunikationseingeschränkten Menschen in den Vordergrund, um eine Unterversorgung dieses Personenkreises aufgrund einer mangelhaften Schmerzbeurteilung zu vermeiden (vgl. SCHWERMANN, MÜNCH 2008, S. 16ff).

Eine Demenz erschwert die Einholung der Selbstauskunft des Patienten. Menschen mit leichter Demenz sind eventuell noch in der Lage, die Schmerzeinschätzungsskalen zu verwenden. Bei fortgeschrittener Demenz, wenn die/der PatientIn die Fähigkeit zur verbalen Kommunikation verloren hat, wird eine Fremdeinschätzung der Schmerzen vorgenommen. Bestimmte Verhaltensweisen können auch Hinweise auf Schmerzen bei alten Menschen mit Demenz geben. Dazu gehören der Gesichtsausdruck, Lautäußerungen, Körperbewegungen, Veränderungen der zwischenmenschlichen Interaktion, Veränderungen der Aktivitäten oder Gewohnheiten sowie Veränderungen des mentalen Status (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 566).

6. Mit der Alzheimer – Krankheit leben

Bei der Alzheimer - Krankheit handelt es sich um eine fortschreitende Gehirnerkrankung. Die Erkrankung zerstört nach und nach das Gedächtnis, die Lernfähigkeit, das Denk- und Urteilsvermögen sowie die Kommunikationsfähigkeit Betroffener. Auch Alltagsaktivitäten können im Laufe der Zeit nicht mehr bewältigt werden. Persönlichkeits- und Verhaltensveränderungen treten auf. Angst, Erregungszustände, übersteigertes Misstrauen, Wahnvorstellungen oder Halluzinationen können die Betroffenen begleiten. Alzheimer ist die häufigste Ursache von Demenz und Demenz ist kein Teil des normalen Alterungsprozesses. Demenz kennt keine sozialen, ökonomischen, ethnischen oder geographischen Grenzen und jede betroffene Person erlebt die Erkrankung auf ihre eigene Art und Weise. Jedoch werden sich alle Erkrankten im Laufe der Zeit nicht mehr selbstständig versorgen können und zur Bewältigung der täglichen Aktivitäten des Lebens Hilfestellung und Unterstützung benötigen.

Es gibt kaum Berichte über und von Menschen, die mit dieser Erkrankung leben. Die Erkrankung zerstört den Geist eines Menschen und dieser kann dann auch nicht mehr berichten, was in seinem Geist vorgeht. Richard Taylor beschreibt, wie seine Welt als Betroffener mit der Erkrankung aussieht und wie er selbst den Prozess empfindet. Zu Beginn äußert Richard Taylor, dass er vergesslicher geworden sei und sich den Menschen in seiner Umgebung etwas entfernter fühlte. Bei einem Gesundheitscheck diagnostizierte sein Arzt Alzheimer und Mr. Taylor konnte dies nicht glauben, da er der Meinung war, diesen Fluch habe er nicht verdient. Die Erkrankung verläuft unvorhersehbar, zerstört willkürlich kognitive Prozesse und jede betroffene Person hat eine einzigartige und persönliche Methode mit dem Tempo und dem Ausmaß der Symptome umzugehen. Zwei Jahre nachdem die Diagnose gestellt wurde, beschreibt Mr. Taylor, dass es ein fortwährender Kampf sei, Dinge zu tun, die vor wenigen Monaten noch selbstverständlich waren. Dabei handelt es sich um Tätigkeiten wie kochen, lesen, mit dem Auto zu einem Geschäft zu fahren, die Uhr zu lesen und sich danach erinnern zu können wie spät es soeben doch war. Er beschreibt, dass, obwohl ihm seine Alzheimer – Erkrankung bewusst ist, hilft ihm dieses Bewusstsein nicht immer, das Beste aus seiner Situation zu machen. Nicht immer ist er bereit dazu, um Hilfe zu bitten oder die ihm angebotene Hilfe anzunehmen. Für Mr. Taylor ist die Erkrankung in drei Akte unterteilt. In Akt eins ist er ein halb – privater.

Das Drehbuch befindet sich überwiegend in seinem Kopf. Nur die Menschen in seiner nahen Umgebung wissen, dass er nicht ganz „bei sich“ ist, sondern vielmehr schauspielert in der Rolle des Prä – Alzheimer Typs, der er vor der Erkrankung war. Danach gelangt Mr. Taylor laut seiner eigenen Aussage an den Punkt, an dem sich sein Zustand langsam verschlechtert und er nicht mehr

zurück auf seine Bühne kann um dort so zu tun als habe er sich nicht verändert. Es hebt sich jetzt der Vorhang zum zweiten Akt. Dieser zweite Akt spielt nun in verschiedenen Wohnheimen mit Namen wie „Herbstgarten“ und „Abendsonne“. Der dritte Akt findet im Langzeitpflegeheim statt, einem Krankenhaus oder auch Hospiz. Der erste Akt, meint Mr. Taylor, dauerte drei Jahre in bester Verkleidung und Tarnung und niemand im Publikum wusste von seinem Leiden.

Der zweite Akt, so wie Mr. Taylor ihn beschreibt, brachte mit sich, dass ihm bewusst wurde, dass Türschlösser ausgewechselt und Fenster zugenagelt wurden. Schalter verschwanden vom Herd und der Backofen funktionierte nicht mehr. Nicht nur der Autoschlüssel, sondern auch das Auto verschwand nach Taylors Erzählungen. Lange hatte er sich auf seinen Ruhestand gefreut, um dann zu Hause mit seiner Familie die Zeit genießen zu können. Lang und hart arbeiten, um dann die letzten Jahre im abbezahlten Haus sorgenfrei verbringen zu können.

Die Realität war für Mr. Taylor, dass er voller Selbstzweifel war, Angst hatte vor dem nächsten Tag und den heutigen Tag auch noch nicht ganz verstanden hatte. Umgeben war er von liebevollen, fürsorglichen Menschen, die alle Zukunftsangst, jedoch nicht seine Gemütsverfassung mit ihm teilen konnten (vgl. TAYLOR, 2008, S. 33, 34,45, 46, 47ff).

6.1 Cogito, ergo sum

Der französische Philosoph Rene' Descartes stellte sich im frühen Stadium seiner Alzheimer Krankheit Fragen wie „Wo gehöre ich hin? Wie komme ich zu mir, zu meiner Identität? Wie weiß ich und werde ich zukünftig wissen, dass ich bin?“. Auch Richard Taylor stellte sich diese Fragen nicht als Philosoph, sondern als pensionierter Dozent einer Universität und vielmehr als Mensch an der Schwelle einer grundlegenden Veränderung der Art und des Inhalts seines Denkens. Taylor meint, wir sind alle Sklaven unserer primitiven Gehirnschalter zum An- und Ausknipsen. Wir sprechen mit Menschen, die zwar dasselbe Gehirn haben, aber einen anderen Schaltplan. Man testet Alzheimer – kranke Gehirne mit Fragen, die sich nicht Alzheimer – kranke Gehirne ausgedacht haben und behauptet dann, das fremde Gehirn besser zu verstehen. Mr. Taylor kann sich nicht vorstellen, wer er sein und was er denken wird, wenn aus dem halbdurchsichtigen Alzheimer – Schleier einmal der blickdichte Alzheimer – Vorhang wird. Er hat sich mit Menschen, die sich hinter diesem Schleier befinden unterhalten und hat ihnen zugehört und wusste danach dasselbe wie vorher. Die Ungewissheit darüber was er denken wird, wenn er nicht mehr schlucken kann oder gewalttätig wird, ängstigt Mr. Taylor mehr als der Tod (vgl. TAYLOR, 2008, S. 51f).

6.2 Alzheimer – Krankheit, Selbsttötung und Tod

Mr. Taylor beschreibt, er habe nach seiner Alzheimer Diagnose darüber nachgedacht, „über Selbsttötung nach zu denken“. Seiner Meinung nach gibt es eine Erklärung dafür, warum sich Menschen im Endstadium der Erkrankung nicht das Leben nehmen und dies auch nicht planen. Sie verfügen einfach nicht mehr über die intellektuellen Fähigkeiten und die körperlichen Voraussetzungen, um ihrem Leben ein Ende zu setzen. Mr. Taylor staunte selbst darüber, dass er in dem Moment, indem er feststellte, dass er weniger Kontrolle über sein Leben hatte als bisher seine Kräfte sofort umlenkte und auf die Kontrolle seines Lebensendes und die Umstände nach seinem Tod richtete. Eine kurze Zeit lang suchte er sich Lieder aus, die bei seiner Beerdigung erklingen sollten. Mr. Taylor beschreibt in seinem Buch, dass er durchaus das Gefühl habe, ein halbwegs erfülltes und produktives Leben gehabt zu haben. Er denkt an Menschen, die an Alzheimer erkrankt und mit ihm befreundet sind oder waren und er kann ihren Niedergang in Tagen, Wochen und Monaten bemessen. Seine Gedanken kreisen zwar um seinen Tod, jedoch macht er sich nicht darüber Gedanken, wann sein Herz aufhört zu schlagen und sich seine Lungen nicht mehr mit Luft füllen, sondern über den Zeitpunkt an dem sein Bewusstsein hin und her treibt zwischen seinem derzeitigen Selbst und dem Bewusstsein eines...was auch immer. Für ihn ist dieser Zustand der eigentliche Alzheimer – Tod (vgl. TAYLOR, 2008, S.58f).

7. Schmerzassessment

„Schmerzassessment beschreibt den umfassenden, multidisziplinären Prozess, Schmerzen einer/eines PatientenIn/BewohnerIn zu erkennen, einzuschätzen und sich ihnen durch medikamentöse Therapie, begleitend durch nicht medikamentöse Maßnahmen zur Schmerzlinderung, sowie gezielte Schulung und Beratung zu widmen“ (vgl. SCHWERMANN, MÜNCH 2008, S.18f).

Schmerzen bleiben häufig unerkannt, weil Betroffene zögern, sich mit ihren Beschwerden an Pflegepersonen oder ÄrztInnen zu wenden. Aus diesem Grund sollte die Schmerzerkennung immer am Anfang der pflegerischen Anamnese stehen. Erschwert wird die Schmerzerkennung dadurch, dass sie nicht direkt messbar ist und man immer auf die subjektive Mitteilung der/des Betroffenen angewiesen ist. Es sollte bei jeder/jedem PatientenIn aktiv festgestellt werden, ob sie/er momentan an Schmerzen leidet oder ob diese generell vorhanden sind. Dies kann mit einer Frage im Rahmen der pflegerischen Anamnese oder beim Kontrollieren der Vitalzeichen

festgestellt werden. Beim Erfragen von Schmerzen ist es wichtig, sich der Sprache der/des Betroffenen anzupassen. Dies bedeutet, dass es wirksamer sein könnte, wenn man fragt „ob etwas weh tut“ anstelle den Begriff des Schmerzes in die Frage einzubauen (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 564).

Die Basis einer effektiven Schmerztherapie bilden die Schmerzerkennung und die Schmerzeinschätzung. Die Schmerzeinschätzung ist ein systematisches Erfassen von Schmerzen. Bei der Schmerzersteinschätzung, auch initiale Schmerzeinschätzung genannt, werden schmerzbezogene Daten erstmalig erhoben. Dies soll dazu dienen, von Beginn an eine ausreichende Versorgung vorhandener Schmerzen zu gewährleisten. Diese Ersteinschätzung erfolgt anhand bestimmter Hauptkriterien. Jedem dieser Hauptkriterien sind Nebenkriterien untergeordnet. Jedes dieser untergeordneten Kriterien hat eine Bedeutung innerhalb der Schmerzersteinschätzung. Als Instrument der Schmerzersteinschätzung haben sich das „Initial Pain Assessment Tool“, das „Brief PainInventory“, sowie das strukturierte Interview für geriatrische Patienten als geeignet erwiesen. Es existiert jedoch kein spezielles Ersteinschätzungsinstrument für demenziell erkrankte, kommunikationsgeschädigte Menschen (vgl. SCHWERMANN, MÜNCH 2008, S.18ff).

7.1 Einschätzung der Schmerzintensität

Die Schmerzintensität macht einen großen Anteil des durch Schmerzen verursachten Leids aus und gilt als wesentliches Kriterium innerhalb der Schmerzeinschätzung. Sie gilt als maßgeblicher Ansatzpunkt zur Ermittlung eines Therapieanlasses und zur Beurteilung des Therapieerfolges und dabei kann mittels eindimensionaler Skalen der Schmerz in Zahlen übertragen werden. Sowie für alle Messinstrumente gelten auch für Schmerzskalen zwei ausschlaggebende Gütekriterien. Dies wären hier die Validität und die Reliabilität. Die Validität beschreibt die Gültigkeit. Die Gültigkeit gibt an, wie gut der Test in der Lage ist, genau das zu messen, was er auch zu messen vorgibt. Hierbei ist das zu messende Kriterium natürlich der Schmerz. Die Reliabilität bedeutet Zuverlässigkeit. Sie kennzeichnet den Grad der Genauigkeit, mit dem die Schmerzintensität gemessen wird. Nicht nur auf die Validität und Reliabilität, sondern auch auf die leichte Verständlichkeit der Skalen wird großer Wert gelegt (vgl. SCHWERMANN, MÜNCH 2008, S.22).

7.2 Eindimensionale Dialogskalen

Eindimensionale Skalen der Schmerzstärke erfassen die Angaben der/des Patientin/en in festgelegter Form. Somit werden subjektive Einflüsse bei der Schmerzerfassung verringert und die

Einschätzung verschiedener Untersucher ist besser vergleichbar. Zeitverlauf und Therapieerfolg können ebenso besser beurteilt werden. Diese Skalen vereinfachen auch die Dokumentation der Schmerzstärke (vgl. MENCHE, LANGEN/HESSEN 2007, S. 562, 563).

7.2.1 Visuelle Analogskala (VAS)

Die VAS ist eine horizontal oder vertikal gezeichnete Linie von zehn Zentimetern Länge mit den Polen „kein Schmerz“ und „Schmerz“. Diese Skala wird am häufigsten eingesetzt und kann bereits bei Personen ab dem fünften Lebensjahr eingesetzt werden.

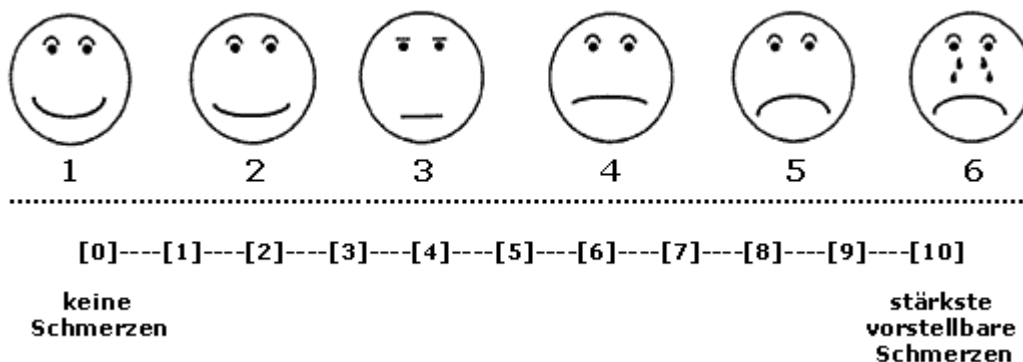


Abbildung 2: Visuelle Analogskala

(vgl. http://www.geriatrie-bochum.de/gif/bild_visuelle_analog_skala.gif, 6.03.2012 15:02).

7.2.2 Numerische Ratingskala (NRS)

Diese Skala besteht ebenfalls aus einer zehn Zentimeter langen Linie. Sie ist durchgängig in Zentimeter- oder Millimeterskalen von eins bis zehn bzw. bis hundert nummeriert.

(vgl. <https://www.thieme-connect.com/media/zkm/200902/thumbnails/011zk03.jpg>, 6.03.2012 15:06).

7.2.3 Visuelle Ratingskala (VRS)

Die VRS enthält auf einer zehn Zentimeter langen Linie zwischen den Polen noch abgestufte Kategorien wie „mild“, „mittel“, „stark“. Aufgrund dessen wird die VRS manchmal als Adjektivskala bezeichnet.

7.2.4 Wong-Baker-Skala/Facial Pain Scale (FPS)

Diese beiden Skalen wurden für Kinder ab drei Jahren entwickelt. Auf den Skalen befinden sich sieben Gesichter. Die FPS und die Wong – Baker – Skala unterscheiden sich im Vorhandensein

von Tränen. Die beiden Skalen sind geeignet für die Quantifizierung des Schmerzes. Dabei wird jeweils einem der sieben Köpfe ein Zahlenwert von Null bis Fünf oder auf einer Skala von Null bis Zehn werden die Zahlenwerte Null, Zwei, Vier, Sechs, Acht, Zehn zugeordnet. Die Umschreibung der Bilder geht von „keine Schmerzen“ bis „den stärksten Schmerz, den du haben kannst“ (vgl. REUSCHENBACH, MAHLER 2011, S. 420 ff).

7.3 Schmerzempfindungsskala (SES)

SchmerzpatientInnen sollen anhand von Adjektiven ihren akuten oder chronischen Schmerz beschreiben können. Zur Evaluation medikamentöser, psychologischer, physikalischer und chirurgischer Schmerzbehandlung ist dies sehr wichtig. Diese Skalen dienen also dazu, die subjektiv erlebte Schmerzqualität ausdrücken zu können. Die SES erfasst sensorische und affektive Schmerzdimensionen. Der Fragebogen besteht aus vierundzwanzig Items mit den Hauptdimensionen „Affektive Schmerzempfindung“ und „Sensorische Schmerzempfindung“. Die Dimension der Affektivität ist unterteilt in „Allgemeine affektive Schmerzangabe“ und „Schmerzangabe der Hartnäckigkeit“. Die zweite Dimension wird unterteilt in „Sensorische Schmerzangabe der Rhythmik“, „Sensorische Schmerzangabe des lokalen Eindringens“ und „Sensorische Schmerzangabe der Temperatur“. PatientInnen werden anhand der Adjektivlisten gefragt, welche Umschreibung ihrem Schmerzzustand am nächsten kommt. Es wurde ein vierstufiger Antwortenmodus gewählt. Diese Antworten lauten „trifft genau zu“, „trifft weitgehend zu“, „trifft ein wenig zu“ und „trifft nicht zu“. Die zeitliche Dimension wird je nach Intention der klinischen Fachperson erfasst. Die Durchführungszeit beträgt ca. fünf Minuten (vgl. REUSCHENBACH, MAHLER 2011, S. 424f).

7.4 Fragebogen zur Erfassung der Schmerzverarbeitung (FESV)

Dieser Fragebogen dient bei lange andauernden und wiederkehrenden Schmerzzuständen dazu, Informationen über die Bewältigungsressourcen und die Integration schmerzbedingter Erschwernisse im Alltag zu erfassen. Nicht nur für Erstassessments, sondern auch für Verlaufskontrollen bei psychotherapeutischen, physikalischen und medikamentösen Interventionen ist dieser Fragebogen geeignet. Die zwei Hauptdimensionen sind „Schmerzbewältigung“ und „Schmerzbedingte psychische Beeinträchtigung“. Die Schmerzbewältigung ist unterteilt in „Kognitive Schmerzbewältigung“ und „Verhaltensbezogene Schmerzbewältigung“. Die psychische Beeinträchtigung wird in „Schmerzbedingte Hilflosigkeit und Depression“, „Schmerzbedingte Angst“ und „Schmerzbedingter Ärger“ unterteilt. Die Selbsteinschätzung der

PatientInnen ist durch eine sechs- stufige Antwortenskala möglich, die von „stimmt überhaupt nicht“ bis „stimmt vollkommen“ reicht. Der Zeitraum bezieht sich auf einen speziellen Schmerz in den vergangenen Tagen. Empfohlen wird, die Anwendung des FESV mit der Anwendung der SES zu kombinieren, da beide wichtige Formen des Schmerzerlebens darstellen (vgl. REUSCHENBACH, MAHLER 2011, S.426).

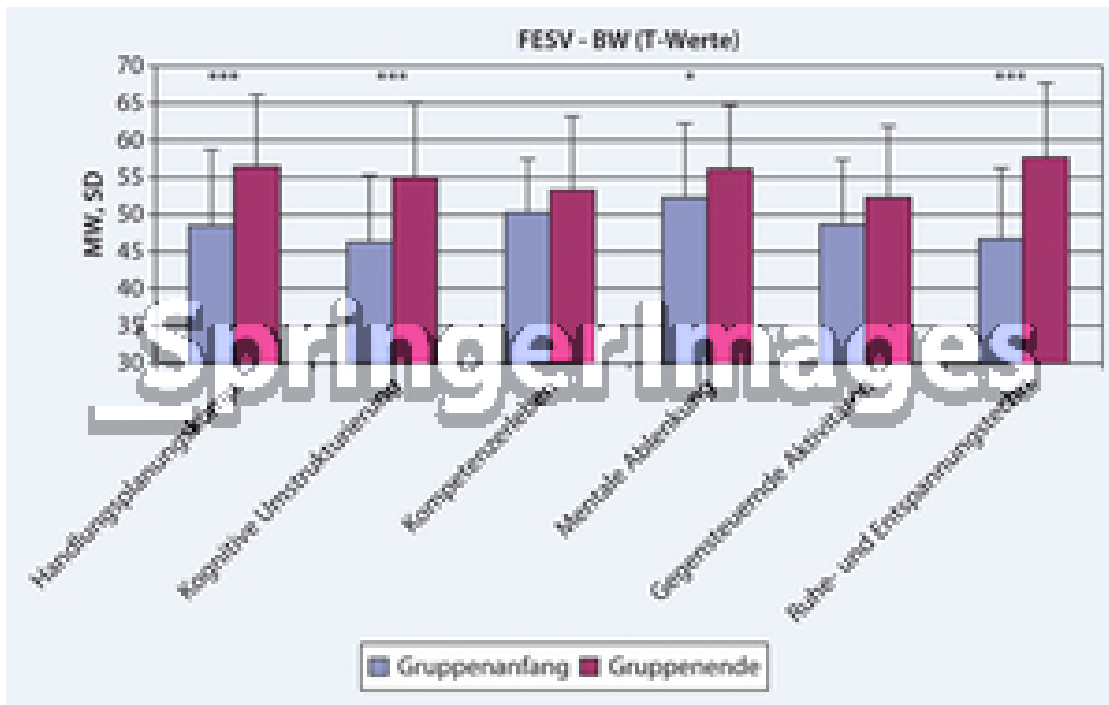


Abbildung 3: FESV - BW (T-Werte)

(vgl. http://img.springerimages.com/Images/Springer/PUB=Springer-Verlag-Berlin-Heidelberg/JOU=00482/VOL=2008.22/ISU=5/ART=2008_694/MediaObjects/WATER_482_2008_694_Fig1_HTML.jpg, 6.03.2012 14:54).

7.5 Tübinger Bogen zur Erfassung des Schmerzverhaltens (TBS)

Die Pain Behavior Checklist (PBCL) bildet die Grundlage für den Tübinger Bogen zur Erfassung des Schmerzverhaltens. Die PBCL wurde in den USA entwickelt und dient zur Schmerzerfassung im Rahmen einer subjektiven Verhaltensbeobachtung. Bei der PBCL tragen die PatientInnen in einer siebenstufigen Skala für siebzehn Verhaltensbeschreibungen in den vier Kategorien „Veränderte Körperhaltung“, „Affektiver Stress“, „Hörbare Ausdrücke“ und „Hilfesuchverhalten“ ihre Schmerzeinschätzung ein. Aus den siebzehn Kategorien wurden für den TBS elf beobachtbare Verhaltenskategorien ausgewählt. Die Antwortmöglichkeiten sind „fast nie“, „manchmal“ und „fast immer“. Der PBCL dient der Selbsteinschätzung und der TBS dient der Fremdeinschätzung. Dieser Bogen kann schnell und für verschiedene Schmerzmerkmale eingesetzt werden. Es lässt sich ein Verhaltensprofil zeichnen, indem der Bogen in verschiedenen Situationen ausgefüllt wird

und der Gesamtwert sowie die einzelnen Werte miteinander verglichen werden. PatientInnen mit akuten und chronischen Schmerzzuständen werden je nach Situation bis zu 45 Minuten beobachtet, während die Items auf der Skala von den Fachpersonen beurteilt werden. Es ist dabei zu beobachten, dass Verhaltensmerkmale eine positive Verstärkung nach sich ziehen können, indem eine schmerzkrankte Person getröstet wird und dabei noch mehr Schmerz äußert, um weiteres Mitgefühl und Trost zu erhalten. Durch geringe Mobilität zeigt sich wiederum negative Verstärkung, um das Schmerzverhalten reduzieren zu können. Demnach zeigt sich, dass diese Verstärkungsmechanismen Einfluss auf das Schmerzverhalten haben. Dieses erlernte Verhalten wird aufrechterhalten, wenn der ursprüngliche Schmerzauslöser nicht mehr vorhanden ist. Hier ist ein gutes Wechselspiel von Therapie und Assessment notwendig. Der TBS ist zeitintensiv, ermöglicht jedoch verschiedene Erfassungsmöglichkeiten mit der direkten und audiovisuellen Beobachtung. Für akute und chronische Schmerzzustände ist der TBS ein häufig angewendetes Instrument in der gesamten Lebensspanne (vgl. REUSCHENBACH, MAHLER 2011, S.427f).

7.6 Echellecomportementale de la douleur pour personnes âgées non communicantes (ECPA)

Bei Menschen mit kognitiven Beeinträchtigungen geraten die üblicherweise verwendeten Instrumente schnell an ihre Grenzen. Bei der Schmerzerfassung von kognitiv eingeschränkten Menschen ist eine besondere, standardisierte Vorgehensweise anzustreben. Von dem Arzt und Geriater Roland Kurz aus der Schweiz wurde im Jahre 2000 ein Modell von Morello ins Deutsche übersetzt. 2005 hat der deutsche Pfleger Thomas Fischer sich dem Thema Schmerzerfassung bei Menschen mit Demenz gewidmet und hat auch die Titel der Instrumente von ECPA ins Deutsche übersetzt. Die erste Version von ECPA wurde in der französischen Sprache getestet und die Validität wurde aufgrund unzureichender Daten und kleiner Fallzahlen kritisiert. Als gut praxistauglich hat sich das Instrument in der ersten deutschen Fassung gezeigt. Da bereits vielfältige Erfahrungen in der Praxis vorliegen, wird die Anwendung der ECPA empfohlen. Nicht wissenschaftlich getestet wurde die angepasste Version mit acht Items der Originalversion, sowie die Version von Kunz. Die Entwicklung und die wissenschaftlichen Ergebnisse müssen daher weiter beobachtet werden. Das Instrument dient zur Fremdeinschätzung möglicher Schmerzen. Durch die Einschränkung kognitiver und kommunikativer Fähigkeiten wird das Prinzip der „Selbsteinschätzung vor Fremdeinschätzung“ innerhalb der Schmerzerfassung aufgehoben. Die Anwender des Instruments müssen vor Verwendung geschult werden. Das Üben und das Anwenden sollte in einem Team geschehen, damit Anwendungsfehler oder abweichende Interpretationen der Items vermieden oder zumindest minimiert werden können. Die zu Beginn elf

Items wurden auf acht Items reduziert und die Beobachtungskriterien, welche die Auswirkung auf die Aktivitäten betreffen, fallen weg. Die angewendete Version besteht nun aus zwei Dimensionen, nämlich aus „Beobachtungen vor der Pflege“ und aus „Beobachtungen nach der Pflege“. Diese beiden Dimensionen haben jeweils vier untergeordnete Items. Vor der Pflege werden der Gesichtsausdruck, die Suche nach Schonhaltung, Bewegung und der Umgebungskontakt beurteilt. Ängstliche Erwartung, Reaktion bei der Mobilisation, Reaktion während der Pflege schmerzhafter Zonen und die verbalen Äußerungen werden während der Pflege beurteilt. Jedes Item wird mit Null bis vier Punkten versehen, sodass maximal 32 Punkte erreicht werden können. Die Übersetzung von Fischer, genannt das BISAD, hält sich sprachlich genauer an das Original und verwendet die Begriffe „vor der Mobilisation“ und „während der Mobilisation“ anstatt „vor der Pflege“ und „während der Pflege“. Diese beiden deutschen Versionen unterscheiden sich nur in sprachlicher Hinsicht und sind inhaltlich und in der Punktebewertung gleichgestellt. Die Punktebewertungen werden optimalerweise von Pflegepersonen vorgenommen, welche für die betroffenen PatientInnen pflegerisch zuständig sind. Die Betreuungskontinuität spielt bei der Einschätzung von Schmerzen bei kognitiv und kommunikativ eingeschränkten Menschen eine wichtige Rolle. Dies ist die ideale Weise, um das Verhalten von möglicherweise schmerzgeplagten Patienten möglichst genau einschätzen zu können. Kann eine Pflegeperson allein ein Kriterium nicht beurteilen, so wird eine weitere Person hinzugezogen. Dies muss jedoch auch in der Dokumentation vermerkt werden. Sobald der Verdacht auf Schmerzen besteht, sollte die Erhebung an mindestens drei darauffolgenden Tagen durchgeführt werden. Die Einschätzung bringt einen Zeitaufwand von zehn bis fünfzehn Minuten mit sich und sollte somit gut in die Pflegetätigkeiten integrierbar sein. Es können anhand dieses Instrumentes keine Aussagen über das Ausmaß oder die Stärke der Schmerzen gemacht werden. Die Interpretation der Punkte führt zur Erkenntnis, ob der kognitiv und kommunikativ eingeschränkte Mensch an Schmerzen leidet oder nicht. Je höher die Punktezahl, umso höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass die/der Betroffene an Schmerzen leidet unter der Voraussetzung, dass die Verhaltensveränderung sich nicht durch andere Faktoren erklären lässt. Das Instrument ist übersichtlich und einfach aufgebaut. Die einzuschätzenden Kriterien sind Bestandteil der täglichen Pflegearbeit und daher von den Pflegenden gut zu beurteilen. Die Erfassung kann bei auffälligen Verhaltensveränderungen zur Klärung von Schmerzen herangezogen werden, sofern keine anderen Gründe diese erklären können. Es können alle Handlungen und Beziehungskontakte von Pflegepersonen als Pflegehandlungen verstanden werden, deshalb gibt es auch keinen Zeitpunkt, den man „vor der Pflege“ nennen kann. Fischer löst dieses Problem, indem er die Pflege im sprachlichen Sinn durch die Mobilisation ersetzt (vgl. REUSCHENBACH, MAHLER 2011, S. 428. f).

ECPA - Schmerzskala

Legende: 0= kein Schmerz 44= maximaler Schmerz

1. Bemerkung Beobachtung außerhalb der Pflege		2. Bemerkung Beobachtung während der Pflege		3. Bemerkung Auswirkung auf Aktivitäten	
variable Äußerungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien		ängstliche Abwehr der Pflege		Auswirkung auf den Appetit	
Klient macht keine Äußerung	Pkt.	Klient zeigt keine Angst	Pkt.	keine Veränderungen bezüglich Appetit	Pkt.
Schmerzäußerungen, wenn Klient angesprochen wird	0	Klient hat ängstlichen Blick, angespannter Ausdruck	0	wicht reduzierter Appetit, isst nur einen Teil der Mahlzeit	0
Schmerzäußerungen, sobald jemand beim Klient ist	1	Klient reagiert mit Unruhe	1	Muss animiert werden, einen Teil der Mahlzeit zu essen	1
Schmerzäußerungen, spontan / spont. lautes Weinen, Schreien	2	Klient reagiert aggressiv	2	isst trotz Aufforderung nur ein Braten	2
spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerungen	3	Klient schreit, stöhnt, jammert	3	wenigste jegliche Nahrung	3
Gesichtsausdruck: Blick und Mimik	Pkt.	Reaktionen bei der Mobilisation	Pkt.	Auswirkung auf den Schlaf	Pkt.
entspannter Gesichtsausdruck	0	Klient steht auf / lässt sich mobilisieren ohne spezielle Beachtung	0	Guter Schlaf, beim Aufwachen ist der Klient ausgerollt	0
besorgter, gespannter Blick	1	Klient hat gespannten Blick während Mobilisation/Pflege zu Stöhnen	1	Einwickelchen/Schlafmittel oder verdrängtes Einwickeln	1
ab und zu Verzucken des Gesichtes, Grimassen	2	Klient klammert mit den Händen, während der Mobilisation u. Pflege	2	Einwickelchen/Schlafmittel und verdrängtes Einwickeln	2
verängsteter und/oder ängstlicher Blick	3	Klient röhrt während Mobilisation / Pflege / Schonhaltung ein	3	ausdrückliches müßiges Einwickeln	3
völlig abwesender Blick/Ausdruck	4	Klient wehrt sich gegen Mobilisation und Pflege	4	weilener oder fehlender Schlaf	4
spontane Ruhehaltung	Pkt.	Reaktionen bei der Pflege von schmerzhaften Zonen	Pkt.	Auswirkungen auf Bewegungen	Pkt.
betriebl. Schonhaltung	0	keine/teilw. Reaktionen während der Pflege	0	Klient mobilisiert, bewegt sich wie gewohnt	0
Vormerkung einer bestimmten Position, Haltung	1	Schmerzäußerungen, wenn man sich an den Klient wendet	1	Klient bewegt sich wie gewohnt, vermeidet gewisse Bewegungen	1
Klient wdhlt eine Schonhaltung (kann sich aber bewegen)	2	Reaktion beim Anheben oder Berühren schmerzhafter Zonen	2	schlechte / verlangsamte Bewegungen	2
Klient sucht erfolglos eine schmerzfreie Schonhaltung	3	Reaktion bei richtiger Berührung schmerzhafter Zonen	3	immobilisiert	3
völlig abwesender Blick/Ausdruck	4	Unmöglichkeit, sich schmerzhafter Zonen zu nähern	4	Apathie und Unruhe	4
		Verbale Äußerungen während der Pflege	Pkt.	Auswirkung auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit	Pkt.
		keine Äußerungen während der Pflege	0	üblicher Kontakt	0
		Schmerzäußerungen, wenn man sich an den Klient wendet	1	Handeln von Kontakt erwartet	1
		Schmerzäußerungen, sobald Pflegerin/ beim Klient ist	2	Klient vermeidet Kontaktaufnahme	2
		Schmerzäußerungen, spontan / spont. lautes Weinen, Schreien	3	fehlt jeglichen Kontakts	3
		spontanes Schreien bzw. qualvolle Äußerung	4	starke Indifferenz	4

Erstellung-/ Evaluierung

Kriterium	Pkt.	Bemerkung
variable Äußerungen: Stöhnen, Klagen, Weinen, Schreien		
Gesichtsausdruck: Blick und Mimik		
spontane Ruhehaltung		
ängstliche Abwehr der Pflege		
Reaktionen bei der Mobilisation		
Reaktionen bei der Pflege von schmerzhaften Zonen		
Verbale Äußerungen während der Pflege		
Auswirkung auf den Appetit		
Auswirkung auf den Schlaf		
Auswirkungen auf Bewegungen		
Auswirkung auf Kommunikation / Kontaktfähigkeit		
	Datum	Gesamt Pkt. Hdz.

Abbildung 4: ECPA-Schmerzskala

(vgl. http://www.dealsoft.de/images/screenshots/ecpa_schmerzskala.jpg, 23.01.2012, 10:13).

7.7 Brief Pain Inventory (BPI)

Das BPI wurde entwickelt, um die Intensität der Schmerzen bei KrebspatientInnen zu erheben und die Auswirkungen von Schmerz auf eine mögliche Beeinträchtigung in der Alltagsbewältigung zu eruieren. Dieses Instrument ist in vier Teile unterteilt. Im ersten Teil werden die Befragten um Auskunft gebeten, ob der empfundene Zustand von der normalerweise verspürten Empfindung eines Alltagsschmerzes abweicht. Im zweiten Schritt sollten die Betroffenen die Stelle in eine Ganzkörperabbildung einzeichnen, um die Schmerzlokalisierung genau zu erkennen. Die gestellten Fragen werden mit einer numerischen Skala mit den üblichen Skalierungen von Null bis Zehn beantwortet. Es geht nun zuerst um eine primäre Einschätzung der Schmerzen. Es wird der Wert des am geringsten und des am stärksten empfundenen Schmerzes erfragt. Auch der Wert des durchschnittlich und des gerade empfundenen Schmerzes ist von Bedeutung. Auch die Schmerzmedikation der/des Betroffenen wird berücksichtigt. Anschließend wird die Auswirkung der Schmerzen auf den Alltag erfragt. Sechs Lebensbereiche sollen angegeben werden.

1. Gemütszustand
2. körperliche Aktivitäten
3. soziale Aktivitäten
4. Arbeit

5. Beziehung zu anderen Menschen
6. Schlaf

Durch diese ganzheitliche Erfassung der Schmerzen wird es möglich, die gesamte Schmerzproblematik genauer abzubilden und schmerzintensive von schmerzverminderten oder gar schmerzfreien Intervallen zu unterscheiden. Das BPI wird nicht nur bei onkologischen PatientInnen, sondern auch bei anderen Formen von chronisch erkrankten Menschen angewendet. Dies wäre zum Beispiel bei rheumatischen oder bei diversen neurologischen Erkrankungen. Das BPI ist ein Instrument zur Selbsteinschätzung der PatientInnen ohne Beeinflussung durch die/den Einschätzenden. Der Zeitaufwand zum Ausfüllen des Bogens ist sehr individuell und hängt von den körperlichen und geistigen Ressourcen der/des Betroffenen ab. Nachdem der Bogen ausgefüllt wurde, sollten die Angaben auf Kongruenz überprüft und Rückfragen gestellt werden, um so das Risiko einer falschen Schmerzeinschätzung möglichst gering zu halten. Es ist nicht sinnvoll, dieses Instrument bei akuten Schmerzzuständen anzuwenden. Das BIP ist vorrangig bei chronischen Schmerzen anzuwenden, wenn die Betroffenen auch kognitiv in der Lage sind, den Erfassungsbogen auszufüllen (vgl. REUSCHENBACH, MAHLER 2011, S. 429ff).

Durch die Anwendung von Instrumenten zur Schmerzerfassung wird eine solide Grundlage zur optimalen analgetischen Versorgung erstellt. Zu den einzelnen Assessmentverfahren gibt es drei Punkte, welche für jedes Verfahren gültig sind. Dies wären der Kontext der Schmerzerfassung, der Entwicklungsstand von Schmerzerfassungsinstrumenten und der kritische Punkt in der praktischen Anwendung.

7.8 Der Kontext der Schmerzerfassung

Zum Kontext der Schmerzerfassung gehören die betriebliche Organisation, die interdisziplinäre Zusammenarbeit, die individuelle Werthaltung des Personals und der Betroffenen gegenüber Schmerzzuständen. Wenn der Kontext der Schmerzerfassung ausgeblendet wird, zeigt sich dies sowohl in der Schmerzerfassung als auch in der Interpretation der erhobenen Werte. Bei betroffenen SchmerzpatientInnen kann in Bezug auf die Werthaltung der Glaube vorherrschen, das Erdulden von Schmerzen wirke sich schuld mindernd auf ein fehlerhaftes Verhalten aus. Solche PatientInnen geben in der Selbsteinschätzung niedrigere Werte an und erhalten daraufhin auch weniger Analgetika. Bei Menschen über dem 65zigsten Lebensjahr besteht auch die Gefahr der analgetischen Unterversorgung, da für viele der Schmerz im alternden Zustand zum Alltag gehört. Auch in diesen Fällen fällt die Selbsteinschätzung nicht adäquat aus. Es ist zu klären, wer im interdisziplinären Team für die Ableitung von analgetischen Maßnahmen und die Interpretation

von Skalenwerten verantwortlich ist. Bei der Pflege und der Medizin ist bekannt, dass die Fremdeinschätzung niedriger liegt, als die Selbsteinschätzung der Betroffenen. Hier sollte die Einschätzungskompetenz erhöht werden durch Weiterbildung zum Thema Schmerz und die verbesserte Handhabung der Assessmentinstrumente. PsychologInnen sind im klinischen Alltag hinzuzuziehen sobald der Schmerz einer psychischen Ursache unterliegt (vgl. REUSCHENBACH, MAHLER 2011, S. 435).

7.9 Der Entwicklungsstand von Schmerzerfassungsinstrumenten

Zum Thema „Schmerzerfassung“ gibt es eine langjährige Entwicklung. Es können die klinisch relevantesten Merkmale erhoben werden. Die Validierung der Instrumente wird der Diversität von PatientInnenpopulationen noch wenig gerecht. Die mehrdimensionalen Skalen wurden für Menschen mit Demenz oder einer Behinderung noch wenig getestet. Auch Genderfragen werden wenig berücksichtigt, obwohl in experimentellen und klinischen Studien bereits seit Jahrzehnten Genderunterschiede beschrieben werden. Es gibt eine große Anzahl an Fachpersonen, die keine Instrumente zur Schmerzerfassung im klinischen Alltag anwendet, daher wird auch ein besserer Entwicklungsstand wenig an der Anwendung ändern. Es sollten die vorhandenen Instrumente sorgfältig ausgewählt und systematisch angewendet werden (vgl. REUSCHENBACH, MAHLER 2011, S. 436).

7.10 Die praktische Anwendung von Instrumenten zur Schmerzerfassung

Bei der Anwendung von Assessmentinstrumenten gilt, dass:

- Bei den betroffenen SchmerzpatientInnen das Assessmentverfahren unverändert durchgeführt wird
- Die standardisierten Fragen erklärt werden
- Der Zeitrahmen für die Durchführung bekannt ist
- Fragen von PatientInnen möglich sind und
- Das Ergebnis und Handlungsmöglichkeiten erläutert werden

Für Instrumente der Selbsteinschätzung ist bei den PatientInnen ein hohes Maß an Motivation für die Erhebung erforderlich. Neben der Motivation und Erinnerungsfähigkeit ist auch die Lese- und

Sprachfähigkeit erforderlich, da die mehrdimensionalen Instrumente die Vertrautheit mit der deutschen Sprache voraussetzen (vgl. REUSCHENBACHER, MAHLER 2011, S. 436).

8. Implementierung eines systematischen Schmerzassessments für demente Menschen

Bei der Einführung von Schmerzinstrumenten stellt die Auswahl eines adäquaten Instrumentes die Grundlage dar. Das Assessment steht auch innerhalb des Pflegeprozesses an erster Stelle und basiert auf zwei wichtigen Ebenen. Auf der Ebene der Pflegeanamnese und der Ebene der Beobachtung. Die Ebene der Pflegeanamnese ergibt sich aus einer biografischen und medizinischen Anamnese und ergibt eine Informationssammlung, die der individuellen Pflege dient. Die Beobachtung ist ein systematisches und zielgerichtetes Wahrnehmen von Zeichen, die von PatientInnen und von den Angehörigen ausgehen. Für die schmerzbezogene Pflegeanamnese ist ein adäquates Schmerzersteinschätzungsinstrument auszuwählen. Auch für Führungskräfte stellt die Einführung eines Assessmentinstrumentes eine große Herausforderung dar, weil es in die bisherigen Arbeitsabläufe integriert werden muss. Es müssen nicht nur durchführende Pflegepersonen informiert und eingeschult, sondern alle Berufsgruppen im interdisziplinären Bereich davon in Kenntnis gesetzt werden. Den Hauptteil der Einführung bildet eine Schulung der Pflegekräfte für den Einsatz des Instrumentes. Zur Überprüfung der Umsetzung der Instrumente in die Arbeitsabläufe bieten sich zwei abschließende Evaluationen an. Die erste ist die Überprüfung der Sensibilität der Pflegekräfte für die systematische Schmerzerfassung bei demenziell erkrankten, kommunikationseingeschränkten Menschen sowie im Besonderen für die Zusammenhänge zwischen Verhaltensänderungen und Schmerzen. Die zweite ist die Beurteilung der Praktikabilität des Schmerzassessments (vgl. SCHWERMANN, MÜNCH 2008, S. 34f).

Zusammenfassung

Das Thema Schmerz sollte wohl in Zeiten der Modernisierung und Technisierung der Medizin und der Professionalisierung der Pflege weder eine therapeutische, noch pflegerische Herausforderung darstellen. Um jedoch einen Menschen mit akuten bzw. chronischen Schmerzen erfolgreich therapieren und pflegen zu können, ist im Vorhinein eine umfassende und ganzheitliche Schmerzanamnese notwendig. Verbale sowie nonverbale Kommunikation wie Gestik und Mimik sind ausschlaggebend, um wichtige Details, wie die Art des Schmerzes, die Schmerzintensität oder auch die Schmerzempfindung erfassen zu können. Wenn ein Mensch unter Schmerzen leidet und dies weder verbal noch nonverbal unzureichend oder gar nicht zum Ausdruck bringen kann, so ist auch eine Schmerzanamnese erschwert möglich.

Ich gehe in meiner Arbeit zu Beginn darauf ein, wie man Schmerz definiert und welche Arten unterschieden werden. Weiters versuche ich, einen Einblick in Demenz und die Verhaltenserfassung bei Demenz zu gewähren. Auch den alternden Menschen und dessen Umgang mit dem Thema Schmerz habe ich nicht außer Acht gelassen. Die Eindrücke und Erfahrungen eines an Alzheimer erkrankten Menschen waren sehr hilfreich für mich, um die Situation einer Demenz aus der Sicht des Betroffenen kennenzulernen. Eindimensionale Dialogskalen, Schmerzempfindungsskalen und andere relevante Instrumente zur Durchführung eines Schmerzassessments sind in der Arbeit angeführt, beschrieben und zum Teil auch graphisch dargestellt. Insbesondere bin ich auf die Schmerzerfassung bei Menschen mit kognitiven Veränderungen eingegangen. Der Abschlussteil meiner Arbeit beinhaltet die Implementierung eines systematischen Schmerzassessments für demente Menschen in der Praxis.

Die in der Einleitung gestellte Frage, ob es Methoden zur Schmerzerfassung bei demenzkranken Menschen gibt kann ich anhand der in der Arbeit angeführten Assessmentinstrumente mit ja beantworten. Wurde ein adäquates Schmerzerfassungsinstrument gefunden, so gilt es, dies in die Praxis zu implementieren. Nicht nur interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener klinischer Berufsgruppen, sondern auch die vorhergehende Einschulung aller Beteiligten ist notwendig. Auch auf die Evaluation nach Umsetzung eines Assessmentinstrumentes in der Praxis kann nicht verzichtet werden. Meiner Meinung nach ist es besonders bei kognitiv beeinträchtigten Menschen wichtig, empathisch zu interagieren. Die Beobachtung eines Menschen ist unabdingbar, um sein Schmerzempfinden einschätzen zu können, wenn dieser sein Leiden selbst nicht mehr äußern kann. Ich habe die Erfahrung gemacht, dass vor allem im klinischen Akutbereich die kurze Aufenthaltsdauer der Patienten eine ausreichende Observanz schwer oder auch gar nicht ermöglicht. Daher sollten meiner Meinung nach Schmerzassessmentinstrumente für demenzkranke Menschen vorwiegend in Langzeiteinrichtungen implementiert werden.

Literaturverzeichnis

GALLACCHI, G./PILGER, B. (2005): Schmerzkompendium: Schmerzen verstehen und behandeln, 2., Stuttgart: THIEME VERLAG, 2005.

MENCHE, LANGEN/HESSEN, N. (2007): Pflege Heute: Lehrbuch für Pflegeberufe, 4., München: URBAN & FISCHER, 2007.

RAPP, M.A./HELLWEG, R./ HEINZ, A. (2010): Der Nervenarzt/ Organ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde der Deutschen Gesellschaft für Neurologie und der Deutschen Schlaganfall - Gesellschaft: Die Bedeutung depressiver Syndrome bei beginnender Demenz vom Alzheimer-Typ im höheren Lebensalter, Berlin: SPRINGER VERLAG, 2010.

REUSCHENBACH, B./MAHLER, C. (2011): Pflegebezogene Assessmentinstrumente: Internationales Handbuch für Pflegeforschung- und Praxis, 1., Bern: HANS HUBER VERLAG, 2011.

SCHWERMANN, M./MÜNCH, M. (2008): Professionelles Schmerzassessment bei Menschen mit Demenz: Ein Leitfaden für die Pflegepraxis, 1., Stuttgart: W. KOHLHAMMER VERLAG, 2008.

TAYLOR, R. (2008): Alzheimer und Ich: Leben mit Dr. Alzheimer im Kopf, 1., Bern: HANS HUBER VERLAG, 2008.

Internetquellen

<http://view.stern.de/de/picture/1255538/Skulptur-Freien-Sch%F6nheit-Schmerz-Schwarz-Still-%26-Objektfotografie-510x510.jpg>, (17.01.2012, 11:13).

<http://de.wikipedia.org/wiki/Schmerz#Definition>, (17.01.2012, 13:24)

http://de.wikipedia.org/wiki/Demenz#Erleben_demenzkranker_Menschen (17.01.2012, 19:21).

http://www.geriatrie-bochum.de/gif/bild_visuelle_analog_skala.gif, (06.03.2012, 15:02).

<https://www.thieme-connect.com/media/zkm/200902/thumbnails/011zk03.jpg>, (6.03.2012, 15:06).

http://img.springerimages.com/Images/Springer/PUB=Springer-Verlag-Berlin-Heidelberg/JOU=00482/VOL=2008.22/ISU=5/ART=2008_694/MediaObjects/WATER_482_2008_694_Fig1_HTML.jpg, (6.03.2012, 14:54).

http://www.dealsoft.de/images/screenshots/ecpa_schmerzskala.jpg, (23.01.2012, 10:13).