

Geronymus

Münsters Zeitung für seelische Gesundheit im Alter

Schmerz im Alter

Viele ältere Menschen leiden unter Schmerzen und viele sehen es als unabwendbaren Preis des Alters an. Bedingt durch Alterserkrankungen, Begleiterkrankungen, aber auch Wahrnehmung und Einstellung zum Schmerzen des älteren Menschen stellen sowohl Diagnostik als auch Therapie der Schmerzen im Alter alle Beteiligten vor besondere Anforderungen.

AUS DEM INHALT:

Schmerzen bei Menschen mit Demenz erkennen	Seite 4
Nichtmedikamentöse Schmerzlinderung	Seite 6
Schmerz ohne Worte	Seite 7



Foto: Michael Uhlmann

Unabhängig vom Alter wird zwischen akutem und chronischem Schmerz unterschieden. Der akute Schmerz ist definiert als unangenehme Sinneswahrnehmung, die den Körper vor schwereren Schädigungen schützt. So ziehen wir unsere Hand auf der heißen Herdplatte sofort weg und verhindern dadurch größere Verbrennungen. Oder der Schmerz im Bein nach einem Sturz: Hier schützt das Ruhighalten die Gewebestruk-

turen vor einer weiteren Zerstörung bei einem erlittenen Knochenbruch. Zumeist stellt die Therapie des akuten Schmerzes unabhängig vom Alter keine großen Probleme dar – wenn man die Besonderheiten der Schmerztherapie im Alter berücksichtigt.

Anders ist dies beim chronischen Schmerz. Dieser ist dadurch gekennzeichnet, dass der Schmerz seine Warnfunktion verliert und zum ei-



Alexianer
GERONTOPSYCHIATRISCHE
BERATUNG

EDITORIAL

Akute Schmerzen sind unangenehme Empfindungen, die uns früher oder später zwingen, auf das Warnsignal des Körpers zu reagieren und die Ursachen zu bekämpfen. Anders verhält es sich bei chronischen Schmerzen, hier wird der Schmerz zum eigenständigen Krankheitsbild. Gerade ältere Menschen sind insbesondere aufgrund von Verschleißerkrankungen von dieser chronischen Form betroffen. Untersuchungen haben ergeben, dass über 60-Jährige doppelt so häufig unter Schmerzen leiden als Jüngere. Und 60-80% aller Pflegeheimbewohner müssen chronische Schmerzen ertragen.



Foto: Monika Frühling

Schmerzen bei alten Menschen werden oft nicht angemessen therapiert, und dies gilt für Menschen

mit Demenz im erschreckenden Ausmaß.

Schmerzen sollten jedoch nicht als zum Alter dazugehörig empfunden und erduldet werden. Unser neuer Geronymus möchte aufklären aber auch sensibilisieren für ein Leiden, das oft unterschätzt wird. Es geht darum, Schmerzäußerung von alten und insbesondere von Menschen mit Demenz zu erkennen, ernst zu nehmen und eine angemessene Behandlung anzubieten. Auch wenn wir Schmerzen nicht aus dem Leben verbannen können, so können wir doch viele Möglichkeiten nutzen, um sie erträglicher zu machen.

C. Dowdey
 Hilke Prahu-Rohlfie
 Gerontopsychiatrische Beratung
 im Clemens-Wallrath-Haus

genständigen Krankheitsbild wird. Dieses gilt auch für die Krankheitsbilder, bei denen er durch eine chronische Verschleiß-, Tumor- oder andere Erkrankung länger als 6 Monate besteht. Dieses ist nicht immer, wie vielleicht vom älterem Menschen wahrgenommen „altersgemäß“, „von Gott gegeben“ oder „im Alter auszuhalten“. Manchmal steht allerdings nur eine lindernde, aber keine ursächliche Therapie zur Verfügung. Gerade beim älteren Menschen sollten aber Belastung und therapeutische Konsequenz in einem für den Patienten guten Verhältnis zueinander stehen.

Wie zum Beispiel bei Frau O., 83 Jahre, die im Rahmen einer Hüftgelenksarthrose, unterstützt durch einen Pflegedienst und lebenswerte Angehörige leidlich zuhause zurecht kommt, aber in ihrer Mobilität immer stärker eingeschränkt ist. Nach einem Gelenkersatz mit anschließender Rehabilitation geht es ihr besser, leider ist sie nicht beschwerdefrei, da sie auch unter schweren Verschleißerkrankungen der Wirbelsäule leidet. Diese machen eine dauerhafte regelmäßige Schmerzmedikation nötig. Zudem hat sie eine Bedarfsmedikation zur Verfügung, die sie bei akut auftretenden Schmerzen zusätzlich nehmen kann.

Erfahrungsgemäß fällt es gerade älteren Menschen schwer, die regelmäßige Medikamenteneinnahme zu akzeptieren. „Warum soll ich eine Tablette nehmen, wenn ich gerade schmerzfrei bin, ich muss doch schon so viele andere Medikamente einnehmen.“ Dies sind natürlich berechnete Fragen, aber es ist sinnvoll, den Körper mit einer Basistherapie abzuschirmen, da das Reagieren auf dann auftretenden Schmerz für den Organismus viel anstrengender ist.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat vor vielen Jahren ein

Stufenschema etabliert, anhand dessen sich die Schmerzmedikamente gut klassifizieren lassen. Es finden sich in der Stufe I die sogenannten „leichten“ Schmerzmittel, die neben einer schmerzlindernden manchmal auch eine antientzündliche Wirkung haben. Zu ihnen gehören Substanzen wie Acetylsalicylsäure, Paracetamol, Metamizol, aber auch die Gruppe der antientzündlich wirkenden nicht Kortison enthaltenden Antirheumatika (NSAR) wie Ibuprofen oder auch Diclofenac.

Viele dieser Substanzen sind frei verkäuflich, das heißt ohne eine entsprechende ärztliche Verordnung in der Apotheke zu erhalten. Gerade die letztgenannten Substanzen sind aber für ältere Menschen häufig mit einem hohen Risiko verbunden, Nebenwirkungen wie eine Blutdruckerhöhung, eine Verschlechterung der Nierenfunktion, Wasseransammlungen in den Beinen oder auch Entzündungen in der Schleimhaut des Magen-Darmtraktes auszulösen. Daneben gibt es häufig Wechselwirkungen mit bestimmten blutdrucksenkenden Medikamenten. Aus diesem Grunde ist es ganz wichtig, dass der behandelnde Arzt um die Einnahme weiß und sollte er einmal vergessen, Sie danach zu fragen, dann teilen Sie es ihm bitte von sich aus mit.

In der Stufe II finden sich dann die sogenannten mittelstarken Opioide, Substanzen wie Tramadol oder auch Tilidin/Naloxon. Diese Substanzen gibt es als schnell wirksame aber auch die Substanz verzögernd (retardiert) freisetzen. Da die schnell wirksamen Zubereitungen häufig belastende Nebenwirkungen wie Übelkeit oder auch Schwindel auslösen können, sind hier nicht nur beim älteren Menschen die retardierten Präparate vorzuziehen. Beide Substanzen

können aber Nebenwirkungen wie Schwindel und/oder Gangunsicherheit auslösen, Nebenwirkungen, die bei Menschen mit Osteoporose oder beginnenden Gedächtnisstörungen, beides typische Erkrankungen des höheren Lebensalters, Alltagsprobleme noch verstärken können.

In der Stufe III finden sich dann die starken Opioide, die Morphinderivate. Zu Beginn wurden sie nur für die Behandlung von Tumorpatienten eingesetzt, heute finden sie auch Einsatz in der Behandlung schwerer Schmerzen durch andere Erkrankungen. Auch diese Substanzen können eine Vielzahl von Nebenwirkungen auslösen, sind aber bei sachgemäßer Anwendung und vorsichtiger Dosissteigerung aus der Behandlung starker Schmerzen nicht mehr wegzudenken.

Es empfiehlt sich, häufig auftretende Nebenwirkungen wie Verstopfung oder Übelkeit von Beginn an vorbeugend gleich mit zu behandeln. Diese Substanzen können dem Körper unterschiedlich zugeführt werden, nicht nur als Tablette oder als Zäpfchen, sondern auch als Pflaster oder unter die Haut gespritzt. Dieses ist bei Patienten, die im Anschluss an einen Schlaganfall oder im Rahmen einer Gedächtniserkrankung nicht mehr gut schlucken können, eine gute Möglichkeit, die regelmäßige Schmerzmittelgabe sicherzustellen. Manchmal ist es sinnvoll, die Substanzen der unterschiedlichen Stufen zu kombinieren, wobei es keinen Sinn macht, Medikamente der Stufe II und Stufe III miteinander zu geben.

Neben den „reinen“ Schmerzmitteln finden auch Medikamente in der Schmerztherapie Anwendung, die man aus der Therapie anderer Erkrankungen kennt. So zum Beispiel Kortison, welches abschwel-



Foto: Michael Uhlmann

lend, entzündlich und auch schmerzlindernd wirken kann oder Mittel, die zur Behandlung von Krampfanfällen auf den Markt gekommen sind, die sich auch sehr gut zur Linderung von Nervenschmerzen eignen. Antidepressiva werden in der Schmerztherapie nicht zur Behandlung einer vermuteten Depression eingesetzt, sondern zur Behandlung des Schmerzgedächtnisses. Dabei ist zu beachten, dass eine Depression als Folge oder auch als Ursache von Schmerz auftreten kann.

Auch die Seele kann schmerzen. Verluste und Veränderungen im sozialen Bereich, die im Alter gehäuft auftreten, können Schmerzen verursachen oder verstärken. Im Idealfall berücksichtigt die Behandlung von Schmerzen auch den Einsatz nichtmedikamentöser Maßnahmen und die heilsame Wirkung menschlicher Nähe.

*Katharina Fuchs
Fachärztin für Innere Medizin,
Münster*

Schmerzen bei Menschen mit Demenz erkennen

Schmerz wird definiert als ein unangenehmes Sinnes- und Gefühlserlebnis, das mit aktueller oder potentieller Gewebeschädigung verknüpft ist, oder mit Begriffen einer solchen beschrieben wird. Diese Beschreibung von Schmerz betont, dass Menschen nicht erst eine Verletzung „vorweisen“ müssen, um Schmerz zu empfinden. Er ist auch ohne erkennbare Ursache vorhanden, wenn ein Mensch äußert, dass er Schmerzen hat.



Foto: Werner Krüper

Menschen, die Schmerz erleben, aber keine äußerlich sichtbare Verletzung haben, oder die „nicht so aussehen“ als ob sie Schmerzen haben, können in den Verdacht geraten, dass sie diesen nur „vorspielen“ oder „nur Aufmerksamkeit wollen“. Richtig ist vielmehr, dass real vorhandene Schmerzen durch Aufmerksamkeit reduziert werden können.

Schmerz ist ein sehr individuelles Empfinden, das von jedem Menschen anders erlebt wird. Es kann in seiner Ausprägung nur vom Betroffenen selber beschrieben werden. Zudem glauben alte Menschen oder deren Angehörige häufig immer noch, dass Schmerz zum Alter gehört. Dem Kabarettisten Jürgen von Manger wird das Zitat zugeschrieben: „Wenn man über 50 ist und morgens aufwacht und es tut nichts weh, dann ist man tot“. Dabei wachen die meisten Menschen über 50 sehr wohl am Morgen ohne Schmerzen auf und Schmerz gehört keineswegs zum Alter dazu. Alte Menschen leiden allerdings häufig an chronischen Schmerzen. Sie berichten oft nicht davon, weil sie nicht zur Last fallen oder nicht stören wollen. Zudem umschreiben alte Menschen den

Schmerz eher mit veränderten Verhaltensweisen wie Schlafstörungen oder Lustlosigkeit.

Um dieser Problematik zu begegnen, wird Schmerz in der stationären und ambulanten Pflege systematisch erfasst (bzw. sollte dies so sein). Die betroffenen Personen werden meist gefragt (Selbsteinschätzung), ob sie Schmerz empfinden. Dazu werden sogenannte Selbsteinschätzungsinstrumente genutzt, um die Stärke des Schmerzes (Schmerzintensität) zu erfassen (s. Kasten). Alte Menschen sind allerdings häufig nicht mehr in der Lage, ihre Schmerzen verbal zu äußern und darauf angewiesen, dass ihre Schmerzen von „Anderen“ erkannt werden.

Eine Selbstauskunft zu Schmerz mittels einer Selbsteinschätzungsskala wie der NRS ist bei einer mittelschweren Demenz nicht mehr zuverlässig, bei einer schweren Demenz gar nicht mehr möglich. Bei Menschen, die an kognitiven Beeinträchtigungen, z. B. an Demenz, leiden ist die Schmerzeinschätzung daher häufig ein Problem. Schmerz wird bei Ihnen oft nicht ausreichend erkannt und damit auch nicht adäquat behan-

delt. Es kann dazu kommen, dass die Betroffenen ungewohnte und auch herausfordernde Verhaltensweisen zeigen. Dabei ist nicht jede Verhaltensänderung der Demenz geschuldet, sie kann auch durch nicht erkannten und dadurch nicht behandelten Schmerz verursacht werden.

Alte Menschen, die an chronischen Schmerzen leiden, brauchen somit ein „Gegenüber“, das ihren Schmerz erkennt und ungewöhnliche oder herausfordernde Verhaltensweisen als indirekte Schmerzzeichen erkennt und richtig interpretiert. Es ist auch nicht ungewöhnlich, dass ein Mensch mit Demenz auf die Frage: „Haben Sie Schmerzen?“ trotz Schmerzen mit „Nein“ antwortet. Vielleicht hat er die Frage nicht verstanden und antwortet auf jede Frage mit „Nein“, oder er kann den Sinn der Frage nicht mehr mit seinem Erleben in Einklang bringen. Der Schmerz bleibt somit unentdeckt, weil sich der Betroffene sprachlich nicht mehr adäquat äußern kann. Die herausfordernde Situation wird vielleicht mit der Demenz begründet und sedierend (mit Beruhigungsmitteln) behandelt, der Schmerz jedoch bleibt.

Pflegende, ob professionell oder pflegende Angehörige, haben die „Definitionsmacht“, was Schmerz ist und was nicht, wenn sie Verhaltensmerkmale beurteilen. Menschen mit Demenz sind besonders darauf angewiesen, dass ihre Schmerzen nicht nur durch Selbstauskunft, sondern durch eine systematische Einschätzung von Verhaltensmerkmalen (Fremdeinschätzung) erkannt werden.

Zu einer solchen systematischen Fremdeinschätzung von Schmerz stehen geprüfte Instrumente zur Verfügung wie die aus dem amerikanischen übersetzte Beobachtungsskala „BESD“. Dabei werden in unterschiedlichen Kategorien wie Atmung, Lautäußerung, Gesichtsausdruck, Körpersprache und Trost die jeweiligen Verhaltensweisen der betroffenen Personen eingeschätzt und je nach Ausprägung mit einem Punktwert belegt. Ein weiteres Fremdeinschätzungs-

instrument für Menschen mit schwerer Demenz ist das „BISAD“, bei dem Verhaltensweisen in acht Kategorien ebenso eingeschätzt werden.

Die Bedeutung dieser Instrumente liegt darin, dass Verhalten systematisch erfasst und je nach Ausprägung ein Punktwert vergeben wird. Dieser Punktwert ist allerdings nicht gleichbedeutend mit der Einschätzung der Schmerzintensität, viele Punkte bei einer solchen Fremdeinschätzung bedeuten nicht automatisch viel Schmerz. Vielmehr dient der Punktwert dazu, eine Veränderung fassbar zu machen. Z.B. wenn ein Mensch eine Ausprägung im Verhalten, wie Grimassieren oder Anspannen der Muskulatur zeigt, das mit 9 Punkten belegt wird. Erfolgt jetzt eine schmerzreduzierende Maßnahme ist das Grimassieren oder das Anspannen der Muskulatur ggf. jetzt nicht mehr so ausgeprägt, es werden nur noch 4 Punkte eingeschätzt. Die

Wirksamkeit von schmerzreduzierenden Maßnahmen (Reduktion von 9 auf 4 Punkte) und der Verlauf der schmerzhaften Situationen können dadurch erfasst und mit dem behandelnden Arzt besprochen werden.

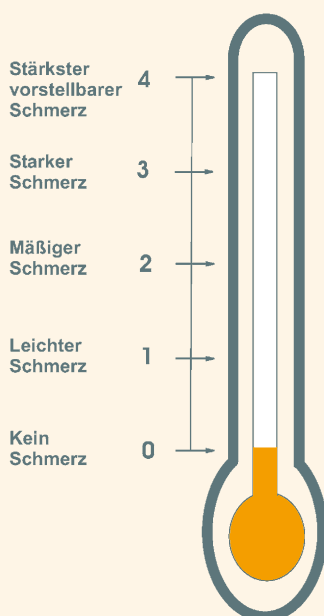
Solche Fremdeinschätzungsinstrumente können helfen, Verhaltensweisen von Menschen mit Demenz strukturiert zu erfassen und diese dann zu interpretieren. Denn erst auf der Basis einer nachvollziehbaren Schmerzerfassung ist eine wirksame Schmerzbehandlung möglich.

*Erika Sirsch, MScN
Deutsches Zentrum für Neurodegenerative Erkrankungen,
(DZNE) Witten*

Ein Verzeichnis der verwendeten Literatur ist in der Redaktion erhältlich.

Hilfsmittel zur Einschätzung von Schmerzen

Verbale Rating Skala / VRS



Zur Selbsteinschätzung wird z. B. die Numerische Rang Skala (NRS) oder die verbale Rang Skala (VRS) genutzt.

Bei der **NRS** wird Schmerz auf einer meist 10 Zentimeter langen Skala eingeschätzt. Die Schmerzintensität wird von 0 (kein Schmerz) bis 10 (stärkster vorstellbarer Schmerz) unterschieden. Die Einschätzung wird auf einem Schieber vorgenommen, auf dem diese Zahlen aufgebracht sind. Die betroffene Person gibt dann an, als wie stark auf dieser Skala sie den Schmerz empfindet, z. B. beim Aufstehen empfindet sie Schmerz von -6-. Sitzt sie dann wieder ruhig, sinkt die Schmerzintensität möglicherweise wieder auf -2-. Der Verlauf und der Erfolg von schmerzreduzierenden Maßnahmen wie z. B. Medikamentengabe oder entspannende Lagerung lassen sich so erfassen.

Die **VRS** zeichnet sich dadurch aus, dass neben den Zahlen auch Worte zur Beschreibung des Schmerzes genutzt werden. So können Personen z. B. ihre Schmerzintensi-

tät mit dem Punktwert -3- benennen, oder aber unterscheiden zwischen: kein Schmerz, leichter Schmerz, mäßiger Schmerz, starker Schmerz und stärkster vorstellbarer Schmerz. Diese Zuordnung kann auch von Personen vorgenommen werden, die leichte kognitive Beeinträchtigungen haben. Eine solche Selbsteinschätzung hat, wenn sie möglich ist, immer Vorrang vor einer Fremdeinschätzung. Denn nur der Betroffene selber kann ermesen, wie stark seine Schmerzen tatsächlich sind. Eine Handreichung dazu hat die Verbraucherzentrale erstellt („Gute Pflege im Heim und zu Hause“, siehe unter: www.ratgeber.vzbv.de)

Fremdeinschätzungsskalen zur Beobachtung können auf der Homepage des Arbeitskreises „Schmerz und Alter“ der Deutschen Schmerzgesellschaft abgerufen werden (www.dgss.org/index.php?id=279).

Erika Sirsch

Nichtmedikamentöse Schmerzlinderung

Neben einer angemessenen medikamentösen Therapie gibt es viele Möglichkeiten der nichtmedikamentösen Schmerzlinderung zur Verbesserung des Wohlbefindens. Nichtmedikamentöse Therapiekonzepte haben nicht nur die Verminderung der Schmerzqualität, -intensität und -dauer zur Folge, sondern führen auch zu einer Verringerung der stressbedingten physischen und psychischen Einflüsse, wie Bluthochdruck, Anstieg des Muskeltonus, Schlafstörung, Unruhe oder Angst.



Foto: Werner Krüper

Allein das Interesse und das Mitgefühl, was Menschen mit Schmerzen auf eine solche Weise entgegengebracht wird, es wirkt kleine Wunder: Niemand muss seinem Schmerz allein gegenüberstehen. Gemeinsam ringen wir um Lebensqualität. Das ist die Botschaft, um die es geht.

Basis aller weiterführenden Aktivitäten ist das Reduzieren von Schmerzen durch richtiges Positionieren und Mobilisieren. Sanfte Bewegungen, die auf die Ressource der Person abgestimmt sind, können unnötige Manipulationen mit kurzen, aber oft heftigen Schmerzen vermeiden. Es gilt, ruckartige Bewegungen zu vermeiden, die zu einer unnötigen Zunahme der Körperspannung und Verkrampfung führen. Hier können sich auch die Kinästhetik, eine Methode zur Bewegungsunterstützung sowie eine enge Zusammenarbeit mit einem Physiotherapeuten bewähren. Darauf aufbauend bieten sich vier wirksame Methoden an, um die medikamentöse Schmerztherapie optimal zu unterstützen:

Oberflächliche Wärme- oder Kälteanwendungen

Hierbei kommen nach Rücksprache mit dem Arzt Wickel, Auflagen und Kompressen zur Anwendung. Oft empfiehlt es sich, dass die betroffene Person selbst zwischen Wärme und Kälte wählt – Streichel-einheiten inklusive.

Entspannung gegen den Schmerz

Eine häufig eingesetzte Maßnahme gegen Schmerz ist Entspannung. Oft muss Entspannung von der betroffenen Person wieder neu erlernt werden. Meditation, Yoga und autogenes Training sind bei der heutigen Generation der Be-

wohner noch weniger bekannt, deshalb bietet sich der Einsatz von Aromaölen, Handmassagen oder einfach Musik an. Natürlich wohl dosiert – denn Reizüberflutung verstärkt Schmerzen.

Ablenkung gegen Schmerz

Um die Aufmerksamkeit vom Schmerz wegzulenken hat sich der gezielte Einsatz von anregender Beschäftigung (z.B. Spielen, Musizieren, Backen, Werkeln etc.) bewährt, oft kombiniert mit dosierten sozialen Kontakten. Es gibt viele Möglichkeiten, Ressourcen an Begegnung und Kontakt freizusetzen.

Traumreisen und Imaginationen

Der Einsatz von geführten Imaginationen braucht einige Erfahrung. Fantasiereisen – mit und ohne Klangelemente – können schmerzlindernd wirken. Sie verbinden Entspannung, Konzentration und Meditation und sind besonders wohltuend, wenn die Person individuell angesprochen wird. So kann der Angst vor dem Kontrollverlust begegnet werden, die das Loslassen behindert.

Und zu guter Letzt: Auch die Frage, was tut mir gut, wenn ich unter Schmerzen leide, kann helfen, Möglichkeiten der Schmerzlinderung zu finden.

*Karla Kämmer
Altenpflegerin, Diplom-Sozial-
wissenschaftlerin, Inhaberin
einer Beratungsgesellschaft in
Essen*

Schmerz-Geschichten

Schmerzen im Alter und insbesondere dann, wenn eine Demenzerkrankung vorliegt, werden oft unzureichend behandelt. Drei Geschichten aus dem Pflegealltag zeigen anschaulich die Gefahr, Schmerzen älterer Menschen nicht oder nicht rechtzeitig zu erkennen:

„Ich besuche eine ältere Dame, deren Hausschuhe sehr eng waren. Ich habe neue Schuhe mitgebracht und ihr angezogen. Sie hatte vorher nie geklagt. In dem Moment, als sie die Hausschuhe anhatte, in denen nun Platz war, ging ein Leuchten über ihr Gesicht und sie sagte: „Die sind gut!“ Es wird nicht gesagt: Hier tut es weh, sondern es wird gesagt: wenn es gut ist, wenn es nicht mehr weh tut.“
eine Mitarbeiterin eines ambulanten Pflegedienstes

„Wir hatten einen neuen, aggressiven Bewohner, der schon durch verschiedene Heime „gereicht“ wurde. Aus dem Stand heraus schlug er zu. Im Endergebnis hatte er einen eingeklemmten Leistenbruch! Als das behoben war, war er immer noch demenzkrank, aber nicht mehr aggressiv.“

eine Heimleiterin

„Ich helfe meiner demenzkranken Mutter regelmäßig beim Duschen. Sie trocknet sich selbständig ab. Drei bis vier Mal hintereinander, weil sie vergessen hat, wo sie schon war. Dabei erzählt sie mir wiederholend, dass sie ihre Kaiserschnittnarbe immer besonders abtrocknet und einpudert. Die Narbe kann man nicht sehen, sie liegt unter einer Bauchfalte. An einem Samstag erzählt sie mir das mindestens zehn Mal. Erst verbuche ich das unter: Sie hat eben die Alzheimer Krankheit, das kennen wir ja, heute ist es besonders schlimm! Dann schaue ich doch mal unter die Bauchfalte und siehe da: Die Haut ist stark gerötet, mit eitrigen Pusteln. Ich frage sie, ob es juckt, sie sagt erleichtert: „Ja!“ Sie kann nicht mehr sagen: Meine Narbe ist entzündet, ich brauche eine Salbe.“

eine pflegende Angehörige

Schmerz ohne Worte

Demenzkranke sind zunehmend weniger in der Lage, Schmerzempfindungen verbal zu äußern und zu beschreiben. Auch ein verändertes oder gestörtes Körpergefühl kann dazu führen, dass Empfindungen und Schmerzen am und im Körper nicht richtig zugeordnet werden können.

Demenzkranke verlieren irgendwann das gelernte Wissen darüber, was ein Schmerz ist. Sie wissen dann vielleicht nicht mehr, dass die unangenehme Empfindung eines Schmerzes etwas mit einer Krankheit oder Verletzung ihres Körpers zu tun haben kann und wie sie sich in diesem Fall Unterstützung oder Abhilfe suchen können. Möglicherweise verknüpfen sie eine Schmerzempfindung mit einer äußeren Wahrnehmung wie etwa einem finster blickenden Menschen oder einem dunklen Raum. Unangenehme Empfindungen oder Gefühle können unter Umständen als Schmerzen interpretiert werden und zu entsprechenden Reaktionen führen. So kann es sein, dass ein Demenzkranker laut „Aua“ ruft, wenn er sich vor etwas ängstigt oder sich einsam fühlt.

Da eindeutige Reaktionen und verbale Mitteilungen auch bei bestehendem Schmerz ausbleiben können, ist es notwendig, zu fragen, ob bestimmte Äußerungen Demenzkranker möglicherweise Schmerzsignale sind. Neben sprachlichen Äußerungen, wie z.B. Laute von

sich geben, leise vor sich hin murren, Jammern, Stöhnen, Aufschreien, Brüllen können auch folgende nichtsprachliche Äußerungen und Verhaltensreaktionen Hinweise auf Schmerzen sein:

- Besorgter oder ängstlicher Gesichtsausdruck
- Starrer oder gespannter Blick
- Stirnrunzeln, Grimassen schneiden
- Zuckungen und muskuläre Anspannung
- angespannte Körperhaltung, angezogene Knie (nicht durch Kontrakturen), geballte Fäuste
- Schonhaltung, Zurückziehen, Festhalten, Abwehr bei Pflege
- Reiben und Nesteln
- Wiegen und Schaukeln
- Unruhe, Aggression
- keine Reaktion auf Trost oder Zuwendung
- Schlafstörungen, kein Appetit (evtl. auch Vermeiden von Essen bei Schmerzen im Mund oder Zahnschmerzen)

Auch stärkere Verwirrtheit und Konzentrationsprobleme, Rückzug und Ängstlichkeit können Schmerzsignale sein. Besteht Unklarheit, ob ein Demenzkranker unter Schmerzen leidet, hat sich – nach Absprache mit dem Arzt – der versuchsweise Einsatz von Schmerzmitteln bewährt.

Günther Schwarz

Alzheimer Beratung, Evangelische Gesellschaft Stuttgart

Aus: Deutsche Expertengruppe Dementenbetreuung e.V. (Hrsg.): Dokumentation der 25. Arbeitstagung, Akademie Locom, 2008

Das Aktionsbündnis Schmerzfrie Stadt Münster

Patienten befürchten häufig, aufgrund ihrer Erkrankung an Schmerzen zu leiden. Leider ist diese Angst oft begründet, denn die schmerztherapeutische Versorgung in Deutschland ist verbesserungswürdig. Es kommt vor, dass Betroffene über Jahre von einem Arzt zum nächsten gehen, weil ihre Schmerzen nicht adäquat behandelt werden. Das liegt unter

anderem an der unzureichenden schmerztherapeutischen Ausbildung der Medizinstudenten, aber auch an der fehlenden Vernetzung zwischen den Einrichtungen, die mit der Schmerztherapie befasst sind.

Grund genug, ein weltweit einzigartiges Forschungsprojekt zu starten, das über drei Jahre die schmerztherapeutische Versorgung einer ganzen Stadt analysiert. Das Projekt findet in über 35 Einrichtungen in Münster statt, die unterschiedliche Untersuchungsschwerpunkte haben. In den sechs teilnehmenden Krankenhäusern werden akute Schmerzen nach Operationen untersucht. In den 14 Altenheimen liegt der Schwerpunkt sowohl auf akuten als auch auf chronischen Schmerzen. In den 14 ambulanten Pflegediensten sowie in den Hospizen steht der Tumorpatient und in den zwei Schmerzpraxen der chronische Rückenpatient im Fokus der Studie.

Mit dem „Aktionsbündnis Schmerzfrie Stadt Münster“ wird erstmals über Institutionsgrenzen hinweg die komplexe Versorgung von Schmerzpatienten innerhalb eines städtischen Gesundheitssystems untersucht. Ziel ist es, Wissens- und Versorgungslücken zu erkennen und zu schließen.

Weitere Informationen zum Projekt sind unter www.schmerzfrie-stadt.de abrufbar.



Foto: Michael Uhlmann

Impressum

Herausgeber: Gerontopsychiatrische Beratung der Alexianer Münster GmbH

Redaktion und Texte: Cornelia Domdey, Hilke Prahm-Rohlje, Dr. Klaus Telger
Telefon: (02 51) 52 02 276 73

Layout: Umbach Grafik & Medien Design

Druck: Klungenfuß, Münster

April 2012, Auflage: 2700 Exemplare

Hinweis:

Die Zeitung ist kostenlos erhältlich u.a. bei der Bürgerberatung, in der Stadtbücherei, im Gesundheitshaus und im Clemens-Wallrath-Haus (Gerontopsychiatrisches Zentrum).

Den Geronymus gibt es als Download unter: www.alexianer-muenster.de (unter Schnellsuche „Geronymus“ eingeben.)

Hier finden Sie Rat und Hilfe

Gerontopsychiatrische Beratung im Clemens-Wallrath-Haus

Gerontopsychiatrisches Zentrum
des Alexianer-Krankenhauses
Josefstraße 4, 48151 Münster
Tel. (02 51) 52 02 276 71

Bitte beachten Sie
unsere neue Rufnummer!

Beratung für Betroffene, Angehörige und Profis

Ansprechpartnerinnen:
Wilma Dirksen, Cornelia Domdey,
Hilke Prahm-Rohlje, Suzanne Reidick

Telefonisch erreichbar:
Mo - Fr: 9 - 12 Uhr
Sprechstunden:
Di: 10 - 13 Uhr, Do: 15 - 18 Uhr
und nach Vereinbarung

Gerontopsychiatrische Beratung der LWL-Klinik Münster

Haus 25
Friedrich-Wilhelm-Weber-Str. 30
48157 Münster
Tel. (02 51) 5 91 52 69

Beratung für Betroffene und Angehörige

Ansprechpartner:
Sekretariat Gerontopsychiatrie

Beratungsstunden:
jeden zweiten und vierten
Mittwoch im Monat
von 17 bis 18 Uhr
(Anmeldung erwünscht)

Informationsbüro Pflege

im Gesundheitshaus
Gasselstiege 13, 48159 Münster
Tel. (02 51) 4 92 50 50

Beratung zu Pflegefragen für Betroffene und Angehörige

Ansprechpartnerinnen:
Bettina Birkefeld,
Ursula Sandmann,
Gertrud Schulz-Gülker

Öffnungszeiten:
Mo - Fr: 10 - 13 Uhr
Mo: 14 - 16 Uhr
Do: 15 - 18 Uhr